Afecciones de la boca y de los dientes

AFECCIONES

DE LA BOCA Y DE LOS DIENTES

SU ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO

POR

MIGUEL VIVÓ BONET

CIRUJANO DENTISTA

DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA HABANA



CIUDADELA DE MENORCA

Imprenta y librería de S. Fábregues

1900

Al Sr. Dr. D. Florencio José Cancio,

FUNDADOR Y DIRECTOR PROPIETARIO DEL COLEGIO CENTRAL DE CIRUJANOS DENTISTAS DE LA HABANA.

Muy Sr. mío:

Con el talento y la constancia que le caracterizan ha perseverado siempre en la noble misión de enseñar y prodigar el bien, explorando las insondables profundidades de la ciencia y del arte dentístico para transmitir pródigamente el fruto de sus experiencias al numeroso concurso de discípulos, que en el transcurso de tantos años han cursado sucesivamente sus estudios de Cirujano Dentista bajo la metódica dirección de V.; pero hoy tiene la íntima satisfacción de ver como, entre tantos miembros de la sociedad á quienes V. mismo nutrió con el pan de su

inteligencia, descuellan muchos que, por la fama de su saber, honran al digno Profesor que se lo comunicó. Cual nuncio de homenaje y cariño, el sentimiento de gratitud repercutirá en el corazón de los buenos discípulos que han bebido en el manantial de vastos conocimientos que V. atesora, de cuyos beneficios ha disfrutado el que hoy tiene el honor de ofrecerle este humilde trabajo, como testimonio de afecto y agradecimiento.

Su afectísimo discípulo Q. S. M. B.

El Autor.

PRÓLOGO

NUESTRAS aspiraciones no se remontan á abrir nuevas fuentes á la Patología Dental; pero si estas modestas páginas encierran poco qué aprender, ofrecen más qué recordar; pues hemos consultado los trabajos modernos de los autores más notables, consignando, aunque en dósis moderadas, cuantas experiencias la ciencia ha investigado y pródigamente nos suministra, y agregando, a más, lo que nuestro humilde criterio nos sugiere.

Pobre es la semilla que podemos depositar en el vasto campo que ofrece el estudio de las afecciones de la boca y de los dientes; pero fecundizada por los elementos de nutrición administrados por una imaginación más investigadora que la nuestra, puede germinar y convertirse en árbol corpulento que dé ópi-

mos frutos. La partícula de nieve, que desde la cúspide de la montaña rodando desciende á las profundidades del valle convertida llega en inmensa mole. Si nuestro humilde trabajo logra constituir una de tantas partículas que se adhieran á la primera, se habrán realizado nuestras aspiraciones.



Las encias.



Las *encias*, en su estado normal, presentan un color rosado vivo, la superficie bruñida, buena consistencia, y sus márgenes regulares y festoneadas están bien adheridas al cuello de los dientes, todo lo cual contribuye á que la boca ofrezca cierto aspecto de belleza; pero cuando la salud se altera, obedeciendo á una causa general ó local, aquéllas sufren transformaciones que nos advierten su estado patológico, el cual unas veces se limita á su propio tejido, constituyendo la *gingivitis* con sus diferentes faces, y otras veces se extiende á toda la mucosa bucal, siendo

entónces denominado *estomatitis*, que se estudia también bajo distintas formas, segun los caracteres que reviste y el origen de donde dimana.

Después de la cáries dentaria, las afecciones de las encias son las que con más frecuencia se ofrecen á nuestro estudio y con urgencia reclaman una asistencia inmediata por las sérias complicaciones que se les asocian, causando funestos estragos en la boca. Debe concederse más importancia á las afecciones gingivales que á la cáries dentaria, porque si ésta priva al diente de una parte de su corona, aquéllas, en un plazo más ó menos prolongado, provocan la pérdida completa del órgano; pués atacan el periostio alvéolo-dentario y destruyen progresivamente el tabique alveolar, constituyendo la *osteo-periostitis* ó *gingivitis expulsiva,* afección grave cuya etiología puede considerarse todavía en embrión; pues mientras algu-

nos autores exponen que el desenvolvimiento morboso viene del centro á la periferia, Viau y otros convienen con nosotros en que la afección se inicia al nivel de la encia, como en otro capítulo tendremos ocasión de exponer.

De ahí nace la gran importancia que nosotros concedemos á las encias, considerando insuficientes cuantas recomendaciones de higiene tiendan á prevenir su buen estado de salud.

Cuando la alteración experimentada en el tejido gingival se presenta como síntoma de una afección general, su tratamiento debe ser subordinado á combatir la enfermedad primordial, lo cual corresponde á las atribuciones del Médico; pero cuando el mal es originado por una causa local, reclama entónces la asistencia del Cirujano Dentista.

FORMULARIO

Re/. Tintura de iodo . . 4 gramos
Timol . . . . 0'05 centígramos
Clorato de potasa . 2 gramos
Glicerina . . . . . . 10 »
M. S. A.

Colutorio para una embrocación diaria. obra como tónico de las encias.

Re/.
Tintura de canela de Ceilan . 15 gramos
» » mirra } aa . . . 3 »
» » catecú }
» » quina }
Clorato de potasa . . . . . 2 »
Timol . . . . 0'50 centígs.
Esencia de menta. . } aa . XXV gotas
» » rosas rojas }
Alcoholato de romero } aa . . 50 gramos
» » melisa }
» » hinojo }
Carmin . . . . C. 5.
M. S. A.

Elíxir dentífrico.

Se usa una cucharadita en media copa de agua.

M. V.

Anemia gingival.



La *anemia* de la mucosa gingival, caracterizada principalmente por una palidez más ó menos pronunciada, no constituye una afección especial independiente, sinó que en un fenómeno del estado morboso general del organismo, que consiste en la disminución y la alteración más ó menos profunda de los glóbulos rojos de la sangre. No cabe la menor duda de que esta afección ejerce sobre el sistema dentario una influencia notable, y por lo mismo exige del Cirujano Dentista una intervención inmediata y metódica.

Se observa con frecuencia que los individuos atacados de este mal poseen unos dientes que ofrecen poca resistencia á los

agentes destructores, y por lo mismo son muy propensos á la cáries.

Etiología. Las causas de la *anemia gingival* residen en el estado constitucional del individuo, en cuya sangre predominan los glóbulos blancos.

El estado de las encias constituye un síntoma característico de ciertas afecciones constitucionales, y sin duda por eso Harris aconseja á todo Médico que desea establecer un diagnóstico completo, el exámen minucioso del estado del tejido gingival.

Tratamiento. El tratamiento general consiste en la higiene rigurosa, la alimentación nutritiva y los tónicos ferruginosos.

FORMULARIO

Re/. Tintura de ratania } aa . . 10 gramos
» » quina . }
Alcohol de menta . . . . 100 «
M. S. A.

Elíxir dentífrico.

Se usa una cucharadita en medio vaso de agua para cuatro enjuagatorios diarios.

Viau.

Re/. Tintura de ratania } aa . . 5 gramos
» » quina
» » coclearia
Esencia » canela. . . . . X gotas
» » menta. . . . X »
Alcoholato de toronjil . . 100 gramos
M. S. A.

Elíxir dentífrico.

Re/. Clorhidrato de amoniaco . 2 gramos
Tintura de quina . . . . 2 »
Oximiel simple } aa . . . 10 »
Glicerina. . .
M. S. A.

Colutorio para cuatro embrocaciones diarias.

Re/. Carbonato de cal . . } aa 10 gramos
» » magnesia
Tolú. . . . . } aa 5 »
Quina gris . . . . . .
Esencia de menta. . . . X gotas
M.

Polvo dentífrico. *M. V.*

Atonía gingival.



Esta afección, que está caracterizada por un relajamiento y una blandura anormal de la fibro-mucosa gingival (Viau), se observa con marcada preferencia en los países húmedos y fríos.

Etiología La *atonía gingival* reconoce muchas veces como causa general la manifestación de una diátesis, por ejemplo, la escrófula. Las condiciones antihigiénicas constituyen la causa local.

Tratamiento. El tratamiento general consiste en una alimentación nutritiva, los tónicos y los paseos al aire libre. El tratamiento local se reduce á enjuagatorios astringentes; para combatir la reacción ácida se usarán los alcalinos.

FORMULARIO

Re/. Caclumde }
Mirra . . } aa. . . . . . . 30 gramos
Bálsamo del Perú . . . 4 »
Alcoholato de coclearia . 160 »
M.

Se usa una cucharadita en medio vaso de agua tibia para enjuagar la boca cuatro veces diarias.

Delestre.

Re/. Tintura de ratania }
» » quina . } aa. . 8' gramos.
Timol. . . . . 0'50 centígs.
Agua de rosas. . . . . 200' gramos.
M. S. A.

Para enjuagatorios.

Re/. Tintura de mirra. . }
» » coclearia } aa . 5 gramos
» » iodo . . . . 2 »
Glicerina. . . . . 10 »
M. S. A.

Colutorio para embrocaciones.

M. V.

Gingivitis.

Gingivitis es una afección caracterizada por la inflamación y la supuración de las encias, terminando por la destrucción del borde alveolar y la caida de los dientes.

La *gingivitis* se manifiesta bajo diferentes aspectos ó fases, segun las causas que la originan y la naturaleza de la lesión. Estudiaremos dichas fases con las denominaciones siguientes:

Gingivitis simple ó *eritematosa.*
Gingivitis ulcerosa.
Gingivitis de los fumadores.
Gingivitis fungosa.
Gingivitis mercurial.
Gingivitis aftosa.
Gingivitis hipertrófica.
Gingivitis flegmonosa.
Gingivitis expulsiva.

Gingivitis simple ó eritematosa.



Esta forma de *gingivitis,* la más común y sencilla de todas, está caracterizada por la inflamación y erosión superficial de la mucosa gingival. Las encias están rubicundas y barnizadas, con descamación epitelial, extendiéndose á veces á toda la mucosa bucal, en cuyo caso se estudia como una *estomatitis.*

Hay hipersecreción salivar, desaparición del gusto, fetidez del aliento, sensibilidad á la presión, ligera tumefacción de los ganglios submaxilares, estado saburral de las vias digestivas y á veces ligero movimiento febril.

El borde de las encias forma una cinta ondulosa, gris, con múltiples ulceraciones granuladas de pequeños puntos rojos ó de diminutos filetes sanguíneos.

Etiología. Las causas orgánicas son las enfermedades generales ó la menstruación. Las causas determinantes consisten en las irritaciones locales, como las producidas por el sarro, las raices inútiles que obran como cuerpos extraños, la falta de higiene bucal, la acción brusca del frío ó del calor, y el uso de las sustancias aciduladas.

Tratamiento. Primeramente se eliminará el sarro, y con más escrupulosidad el que se halla depositado entre la encia y el cuello de los dientes; se extraen después las raices inútiles y se limpian y desinfectan las cáries.

Al principio se hará uso de los colutorios y enjuagatorios emolientes, y más tarde de los astringentes, como el clorato de potasa, el borato de sosa ó una cucharadita de ferrato de sosa en un vaso de agua. Las embrocaciones de tintura de iodo son muy eficaces.

FORMULARIO

Re/. Tintura de badiana. }	aa .	10 gramos
Clorato de potasa . }		
Acido tánico	2	»
Agua destilada	300	»

M. S. A.

Para enjuagatorios. *Viau.*

Re/. Clorato de potasa. . . .	2	gramos
Decocción de quina. . .	200	»

M. S. A.

Para enjuagatorios.

Re/. Tintura de ratania }	aa .	2 gramos
» » mirra . }		
Clorato de potasa. . .	4	»
Timol	0'50	centígs.
Alcohol de menta. . .	100	gramos

M. S. A.

Se usará una cucharadita en un vaso de agua tibia para enjuagatorios.

Re/. Clorato de potasa. . .	4	gramos
Mentol	0'50	centígs.
Glicerina	30	gramos

M. S. A.

Colutorio para embrocaciones en las encías. *M. V.*

Gingivitis ulcerosa.



Se distingue esta forma de *gingivitis* en que predominan el desgaste y la ulceración de las encias, como consecuencia de la persistente irritación mecánica y química, de la pobreza fisiológica general y local, y de la abundancia de los microbios que cohibe la restitución del epitelio. Esta ulceración ofrece alguna semejanza con la del *escorbuto* y las *estomatitis aftosa* y *úlcero-membranosa*, que son de origen contagioso y de naturaleza epidémica.

La *gingivitis ulcerosa* ataca principalmente á los calenturientos, á los que hacen uso de comidas saladas y á los que no observan higiene bucal.

Estas mismas causas, que en las encias de ciertos individuos apenas ejercerían influencia nociva, en las de otros de consti—

tución débil y viciada pueden producir graves trastornos, porque la susceptibilidad de las encias á la acción de irritantes morbosos se aumenta siempre por la debilidad de las fuerzas vitales del cuerpo.

La inflamación de las encias puede ser crónica sin ser seguida de supuración ó resección de sus márgenes en el cuello de los dientes; pero estos fenómenos se desarrollan más ó menos tarde según la irritación local y el estado de salud constitucional del individuo.

Etiología. Las fiebres constituyen la causa predisponente: la determinante consiste en el uso de comidas muy saladas, en la cáries dentaria, en las raices, en los dientes de posición anormal y principalmente en la abundancia del sarro, tanto más nocivo á las encias, cuanto más afectado se halla el organismo del individuo.

Puede también ser una de tantas causas locales la exagerada dureza de los te-

jidos del diente, los cuales poseen poca vitalidad á consecuencia de su densidad que atrofia los canalículos que encierran el protoplasma ó *jugo de la vida.*

Tratamiento. Se eliminan escrupulosamente todas las partículas de sarro depositadas en el cuello de los dientes; despues se cortan con el bisturí ó las tijeras las márgenes ulceradas de las encias, cauterizándolas con tintura de iodo ó ácido crómico, á cuya operación se sucede pronto la formación del nuevo tegido.

Los enjuagatorios y colutorios astringentes y antisépticos son los más eficaces.

FORMULARIO

Rc/. Sulfato de zinc. . . . 0'10 centigs.
Agua destilada . . . . 30 gramos
M. S. A.

Para embrocaciones en las encias.

Richter.

Re/. Clorato de potasa . . . . 6 gramos
Alcoholatura de coclearia. 30 »
Jarabe de quina . . . . . 60 »
Decocción de quina . . . 250 »
M. S. A.
Para enjuagatorios.
Jaccoud.

Re/. Tintura de ratania } aa . . 5 gramos
» » quina . }
Clorato de potasa. }
Infusión de rosas. . . . 200 »
M. S. A.
Para enjuagatorios.

Re/. Clorato de potasa . . . . 2 gramos
Borato de sosa . . . . . . 1 »
Miel rosada. . . . } aa . 20 »
Alcoholato de rosas }
M. S. A.
Colutorio para embrocaciones.

Re/. Miel rosada . . . . 10 gramos
Tanino . . . . . } aa. . 2 »
Ioduro de potasio }
Agua de rosas . . . . . . 100 »
M. S. A.
Para enjuagatorios. *M. V.*

Gingivitis de los fumadores.



Esta afección consiste en una simple hiperemia del borde gingival, y se considera como una gingivitis eritematosa crónica.

Etiología. La causa determinante es el uso excesivo del tabaco que irrita las encias y la mucosa bucal. El sarro y la cáries dentaria contribuyen á la afección.

Algunos autores atribuyen á la nicotina que contiene el tabaco una acción antiséptica; pero Miller dice que, segun sus experiencias, no ha notado en los principios del humo del tabaco acción alguna sobre los microorganismos. El calor del cigarro obra como irritante.

Tratamiento. El tratamiento preventivo consiste en proscribir el uso del taba—

co y en someter al paciente á una higiene rigurosa.

Poinsont recomienda los enjuagatorios con agua oxigenada.

El clorato de potasa es también un remedio muy eficaz.

FORMULARIO

Re/. Acido tánico	2	gramos
Clorato de potasa	5	»
Miel rosada	30	»
Agua destilada	500	»

M.

Para enjuagatorios.

Stocken.

Re/. Salol	20	gramos
Azúcar	80	»
Goma arábica	50	»
Tintura de caclumde } aa .	4	»
» » badiana . } aa .	4	»
Agua destilada	C. S.	

M. y H. S. A.

Se hacen 100 pastillas, conteniendo cada una 20 centígramos de salol.

Viau.

Re/. Clorato de potasa	2	gramos
Salol	4	»
Oximiel simple	10	»
Alcohol de menta	15	»

M. S. A.

Colutorio para embrocaciones.

Re/. Salol	4	gramos
Carbonato de cal } aa . . Azúcar blanco . }	20	»
Canela	10	»
Tintura de caclumde . .	5	»
Esencia de badiana. . .	2	»
Clorato de potasa . . .	3	»
Esencia de menta . . .	XXX	gotas
Cochinilla	1	gramo

M. y H. S. A.

Polvo dentífrico.

M. V.



Gingivitis fungosa.



La *gingivitis* intensa y de prolongada duración, se trásforma en *fungosa* en una porción más ó menos extensa de la mucosa gingival. Las irritaciones producidas por el frío ó el calor hacen muy dolorosa esta forma de *gingivitis*.

Hay rubicundez irregular, *fungosidades* en el reborde gingival ó al nivel de los intersticios dentarios, y la mucosa desangra con facilidad.

Etiología. La causa predisponente reside en el estado particular del organismo, y la determinante en la irritación producida en los tejidos por una secreción morbosa persistente en contacto con ellos. Se desarrollan también bajo la influencia de la irritación producida por la cáries dentaria. Estas *fungosidades* parecen organi-

zarse para dar lugar á la hipertrofia gingival.

Tratamiento. Primeramente se hacen desaparecer las causas de irritación y después se cauterizan las *fungosidades*, usando en seguida los colutorios de clorato de potasa. Magitot ha preconizado el ácido crómico.

Nuestro procedimiento, de un éxito completo, consiste en recortar con el bisturí ó las tijeras, todas las *fungosidades*, tratando despues la superficie cruenta con embrocaciones de tintura de iodo y glicerina. Con esta operación las encias se reponen y curan completamente á los pocos días.

FORMULARIO

Re/.	Acido tánico	2	gramos
	Tintura de iodo.	4	»
	Glicerina	10	»

M. S. A.

Colutorio para embrocaciones.

Re/. Borato de sosa		5 gramos
Mentol		0'25 centígs.
Glicerina		15 gramos

M. S. A.

Colutorio para embrocaciones.

Re/. Tintura de ratania	aa .	5 gramos
» » mirra .		
» » iodo . . .		2 »
Timol		0'25 centígs.

M. S. A.

Se usan algunas gotas en una copa de agua para enjuagatorios.

Re/. Glicerina neutra	aa . . .	15 gramos
Agua de cal . .		
» » menta		25 »
» » rosas		100 »

M. S. A.

Para enjuagatorios.

M. V.

Gingivitis mercurial.



Esta afección presenta la forma flegmonosa, y la inflamación empieza al nivel de la primera muela del lado de la cara que el enfermo apoya con más frecuencia sobre la almohada durante su permanencia en la cama. (Fournier). Más tarde se hace difusa y se generaliza, propagándose también al cielo de la boca, á las glándulas salivares y á la lengua, en cuyo caso toma el aspecto de una estomatitis.

La reabsorción alveolar y el aflojamiento de los dientes sobrevienen como consecuencia, y la afección cura expontáneamente cuando todos los dientes se han caido.

Etiología. La causa de esta afección consiste en la absorción del mercurio verificada por las vias respiratorias ó por la piel.

Se han hecho experimentos para comprobar la facilidad con que el mercurio es absorbido por la piel, y se ha observado que, colocando una pequeña cantidad sobre la palma de la mano, desaparecia al poco tiempo.

Son generalmente atacados de esta afección los obreros que tienen que manipular el mercurio, como sucede á los que trabajan en fábricas de espejos. Los individuos sometidos á un tratamiento terapéutico en el que se asocian los mercuriales, son tambien atacados por la *gingivitis* ó la *estomatitis mercurial,* pues ambas afecciones reconocen el mismo origen y pueden ofrecerse aisladas ó simultáneamente.

La eliminación del mercurio absorbido ó ingerido, se verifica principalmente por las glándulas salivares, y de ahí la influencia nociva que ejerce en las encias y en la mucosa bucal.

Tratamiento. Como medio preventivo

debe evitarse la causa productora del mal; pues cesando ésta la afección cede á un tratamiento apropiado.

El clorato de potasa, administrado al interior y en enjuagatorios, es un remedio de reconocida eficacia.

FORMULARIO

Re/. Clorato de potasa		15	gramos
Alcohol de menta.	aa . .	20	»
Tintura de ratania			
Agua destilada		400	»

M.

Para enjuagatorios.

Viau.

Re/. Polvos de quina	15	gramos
» » caclumde . . .	15	»
» » tanino	1	»
Esencia de menta . . .	VIII	gotas

M.

Polvo dentífrico para prevenir la gingivitis y la estomatitis mercurial.

Panvy.

Re/. Tintura de iodo. . . . . . 4 gramos
Sirope de canela . . . . . 20 »
Agua destilada . . . . . . 250 »
M.
Para gargarismos. *Leissel.*

Re/. Clorato de potasa . . . . . 10 gramos
Láudano de Sydenham . . 1 gramo
Hidrolato de laurel cerezo. 15 gramos
Agua destilada . . . . . . 250 »
M. S. A.
Para enjuagatorios.

Re/. Caclumde pulverizado . . 10 gramos
Quina . . . . 5 »
Tanino . . . . 2 »
Esencia de menta . . . . X gotas
M. S. A.
Colutorio para embrocaciones.

Re/. Clorato de potasa.} aa . . 10 gramos
Ioduro de potasio}
Rom . . . . 50 »
Agua destilada . . . . . . 20 »
M. S. A.
Poción para tomar á cucharadas.
M. V.



Gingivitis aftosa.



La *gingivitis aftosa* está caracterizada por pequeñas prominencias epiteliales que contienen un líquido. Esta forma de gingivitis es considerada tambien como una estomatitis, porque la inflamación no se limita solamente al tejido gingival, sino que se extiende á toda la mucosa bucal y á veces á las vías digestivas.

El *afta* se inicia al principio por una mancha roja con un punto blanco en su centro, que despues se transforma en vesícula, la cual á los pocos días se rompe para dar lugar á una ulceración poco profunda.

La afección suele terminar á los seis ú ocho días; pero á veces se producen bro—

tes múltiples y se prolonga uno ó dos meses.

En la forma simple los fenómenos generales se limitan á la fiebre y al estado saburral de las vias digestivas; pero en la forma grave, epidémica, sobrevienen fenómenos tifoideos que pueden terminar con la muerte.

Etiología. En la mayoría de los casos esta afección es producida por la leche de vacas ó cabras que tienen *fiebre aftosa* de orígen microbiano.

Tratamiento. Como medio preventivo se debe hervir la leche que se ha de tomar. Además del tratamiento local, que consiste en los colutorios astringentes y antisépticos y en las ligeras embrocaciones de una disolución de nitrato de plata, el paciente necesita someterse á un tratamiento general.

FORMULARIO

Re/. Ácido sulfúrico diluido. .	1	gramo
Tintura de caclumde. . .	10	gramos
» » ópio.	4	»
Infusión de rosas rojas. .	100	»
M.		

Para enjuagatorios.

Thomson.

Re/. Rosas	5	gramos
Tanino	2	»
Tintura de opio.	1	»
Glicerina	60	»
M.		

Colutorio para embrocaciones.

Viau.

Re/. Clorato de potasa	8	gramos
Tintura de percloruro de hierro	10	»
Jarabe simple	90	»
Agua destilada	60	»
M. S. A.		

Poción para tomar una cucharadita en un vaso de agua.

Griffith.

Re/. Salol . . . . 1 gramo
Timol . . . . 0'25 centígs.
Glicerina neutra . . . 15 gramos
M. S. A.

Colutorio para embrocaciones.

Re/. Acido bórico . . . . 4 gramos
Clorato de potasa . . . . 10 »
Glicerina pura . . . . . . 20 »
Esencia de mirra . . . . XX gotas
Agua de azahar. . . . . . 300 gramos
M. S. A.

Para enjuagatorios.

Re/. Clorato de potasa . . . . 2 gramos
Ioduro de potasio. . . . 4 »
Jarabe de corteza de naranjo. . . . . 25 »
Agua destilada . . . . . 100 »
M. S. A.

Poción para tomar tres cucharadas diarias.

M. V.

Gingivitis hipertrófica.



Esta forma de gingivitis está caracterizada por la descomposición de los elementos conjuntivos del córion de la mucosa, la hiperemia y la infiltración edematosa de los mismos tejidos.

La porción hipertrofiada de las encias está pálida, lisa, dura y unida, formando una masa voluminosa é irregular que cubre casi la corona de los dientes é impide generalmente la oclusión de la boca.

Esta afección, que suele tambien propagarse á los bordes alveolares, con desarrollo considerable de papilas, no siempre es dolorosa, y se hace estacionaria á veces mucho tiempo. Ha sido observada desde los primeros meses del nacimiento, siendo sus progresos rápidos y sin que el mal haya impedido el desarrollo muchas veces

prematuro de los dientes, los cuales suelen adquirir un desarrollo insólito.

Etiología. La *gingivitis hipertrófica* se desarrolla en individuos de predisposición orgánica, en los cuales una gingivitis fungosa crónica degenera en *hipertrófica.*

Los individuos atacados de esta afección son generalmente pálidos y anémicos, con tendencia á la escrófula. Esta afección suele tambien ser provocada por el sarro de malas condiciones que se observa siempre en los individuos de organismo gastado y viciado.

Tratamiento. Consiste primero en la eliminación del sarro, y la excisión y cauterización de las partes exuberantes, cuya operación se puede verificar con el termo-cauterio.

En un caso de Mac-Gillivray, la extracción de la masa se hizo en tres secciones con algunos días de intérvalo: las partes blandas se cortaron con bisturí:

respecto á la porción alveolar, fué excindida con la tijera de Liston. La hemorragia, bastante abundante, fué cohibida con el hierro al rojo. El resultado fué muy satisfactorio y parece que la recidiva no tuvo lugár.

FORMULARIO

Re/. Salol	aa .	2 gramos
Hidrato de cloral		
Glicerina		15 »
Mentol		0'25 centígs.
M.		

Para toques despues de aplicado el termocauterio.

Viau.

Re/. Timol	0'05 centígs.
Oximiel simple	5 gramos
Tintura de iodo. . . .	8 »
M. S. A.	

Colutorio para embrocaciones.

M. V.

Gingivitis flegmonosa.



Magitot define esta afección diciendo que es una flegmasia fibro-mucosa generalizada con todos los caracteres del estado flegmonoso hasta la supuración y la destrucción de los tejidos.

Puede ser la continuación de una de las formas ya descritas; pero generalmente aparece recorriendo con rapidez las primeras fases de la inflamación. La mucosa gingival se cubre de un depósito gris, sanguinolento, que procede de restos epiteliales. En varios lugares existe denudación del dérmis y coloración roja viva: la dilatación y congestión de los capilares ocasionan hemorragias al menor contacto: la secreción sero-purulenta, la espuma de la saliva, la periostitis y aun la pulpitis

con dolor á la presión, son fenómenos que se asocian á las perturbaciones gingivales.

Si en la gingivitis simple y en la ulcerosa ligera no se observan fiebre ni accidentes generales, en la *flegmonosa* hay elevación de temperatura y postración consecutiva con trastornos dispécticos. Por último sobreviene la destrucción de los bordes alveolares, la caida de los dientes y aun la necrosis acompañada de supuración abundante, verificándose la eliminación de los secuestros con mucha lentitud.

El Dr. Muñoz, Médico del Hospital Central de Sevilla, dice: «La mayor parte de las llamadas cáries y necrosis de los maxilares, son el resultado de varias circunstancias que concurren, unas como primordiales y otras como accesorias, al desarrollo de una gingivitis que, propagándose al periostio alvéolo dentario, in-

vade sucesivamente el tejido esponjoso del hueso, infiltrándose los microbios patógenos por los canalículos de Havers, y, llenándose de pus los insterstícios y celdillas, destruyen poco á poco todo el hueso, como acontece en lo que llamamos cáries; ó respetando territorios de hueso que por su estructura compacta son fuertes baluartes á la inflamación, quedando como restos no destruidos que constituyen lo que llamamos necrosis.»

Etiología. La causa predisponente reside en el estado constitucional del individuo, y la causa local en la falta de higiene, en las raices, en el sarro y otros agentes irritantes.

La erupción laboriosa del cordal tiende muchas veces, como consecuencia, á la *gingivitis flegmonosa*, y resulta de la dificultad de la masticación, de la contractura de las mandíbulas y de otros desórdenes consecutivos, más bien que del fenómeno

irritante directo del diente en evolución.

Tratamiento. Primero procede el tratamiento quirúrjico, haciendo desaparecer las causas locales irritantes que han provocado la afección, sin desatender el tratamiento constitucional, en el que entran principalmente los tónicos.

Se extrae completamente el sarro, sin cuya operación no se obtendría buen resultado en la cura.

El tratamiento terapéutico local consiste en los colutorios astringentes y las inyecciones gingivales de preparaciones antisépticas.

FORMULARIO

Re/. Clorato de potasa	15	gramos
Borato de sosa	8	»
Permanganato de potasa .	1	»
Agua de Colonia	15	»
Tintura de quina	60	»
» » mirra	30	»
Infusión concentrada de roble.	120	»

M. S. A.

Para enjuagatorios.

Garretson.

Re/. Iodo metálico . .} Ioduro de potasio} aa . .	2	gramos
Agua destilada	5	»

M.

Para embrocaciones.

Delcstre.

Re/. Eter clorhídrico .} Estracto de quina} aa . .	4	gramos
Miel rosada	10	»
Agua destilada	60	»

M.

Para embrocaciones.

Wendt.

Re/.	Tintura de iodo. . . .	4 gramos
	Timol	0'10 centígs.
	Glicerina	6 gramos

M. S. A.

Colutorio para embrocaciones.

Re/.	Ioduro de zinc	1 gramo
	Clorato de potasa	2 gramos
	Glicerina	15 »

M. S. A.

Colutorio para embrocaciones.

Re/.	Tintura de benjuí . . .	4 gramos
	Mentol	0'25 centígs.
	Oximiel simple. . . .	10 gramos

M. S. A.

Colutorio para embrocaciones.

Re/.	Tintura de caclumde } aa .	5 gramos
	» » quina. . }	
	Alcoholato de coclearia. .	15 »
	Acido bórico	4 »
	Infusión de salvia . . .	150 »

M. S. A.

Para enjuagatorios.

M. V.

Gingivitis expulsiva

Ú

OSTEO-PERIOSTITIS ALVÉOLO-DENTARIA.



El proceso morboso de la *ósteo-periostitis alvéolo dentaria* consiste en la inflamación y la supuración del tejido gingival y del borde alveolar, la destrucción lenta y progresiva de éste y de la membrana alvéolo-dentaria, y la degeneración atrófica de las encias y de la pulpa dentaria, terminando al fin con la caida de los dientes.

Esta afección es de pronóstico grave, porque con la causa local se complica la constitucional.

Ha sido estudiada por diferentes autores con las denominaciones siguientes:

Piorrea inter-alvéolo-dentaria . . . . . por *Jourdain.*
Gingivitis expulsiva . » *Marcial de Calvi.*

4

Osteo - periostitis alvéolo dentaria . . Artitis alveolar . . .	»	*Magitot.*
Gingivitis astro-dentaria infecciosa . . .	»	*Galippe.*
Mal de Fouchard . .	»	*David.*
Mal de Rigg . . . . Blenorragia gingival . Pericementitis fagedénica	»	*Autores Americanos.*
Periodontitis expulsiva.	»	*Heydeurcich.*

Algunos autores opinan que el proceso morboso viene del centro á la periferia, y que las alteraciones del borde alveolar y de las encias son secundarias; pero nosotros creemos, con Viau y otros autores notables, que la invasión morbosa tiene su orígen en el márgen de la encia, propagándose sucesivamente al borde alveolar y al periostio alvéolo-dentario hasta llegar al ápice de la raiz; es decir, de la periferia al centro.

La *ósteo-periostitis alvéolo-dentaria,* en

sus diferentes evoluciones puede dividirse en tres períodos.

PRIMER PERÍODO. Se manifiesta la inflamación en las encías con vestigios de pus entre éstas y el cuello de los dientes, los cuales se desvían, pero apenas oscilan. Este período de invasión pasa á veces desapercibido para el paciente.

SEGUNDO PERÍODO. La inflamación y la supuración son más acentuadas y los dientes más movibles; el paciente experimenta pesadez en el estómago; el aliento se vuelve fétido; la constipación intestinal se acentua en algunos individuos, y las digestiones se hacen laboriosas.

TERCER PERÍODO. En este último período las encías empiezan su curso de contracción gradual; hay dolor ante las impresiones bruscas del calor ó del frío; los alvéolos se destruyen, descubriéndose el cuello de los dientes; los abscesos y las fístulas se suceden, y los dientes terminan

por caerse, curando entonces la enfermedad.

Esta afección generalmente se desarrolla en individuos cuya edad pasa de treinta años y por consecuencia más propensos á la debilidad de su organismo, siendo el curso de la afección muy lento en unos y tan rápido en otros, que, segun Miller, han existido casos en que veinte días después de la aparición del mal fueron expulsados los incisivos inferiores.

Si el individuo es sifilítico ó tuberculoso, el desenvolvimiento supuratorio se hace más rápido y puede complicarse la afección y sobrevenir la necrosis del maxilar.

Etiología. La causa predisponente reside en el estado constitucional del individuo, pues cuanto más alteradas están las funciones fisiológicas del organismo, tanto más fácil es que una causa local irritante origine perturbaciones graves en

las encias, en el periostio alvéolo-dentario y en el borde alveolar. La causa determinante consiste en los agentes irritantes locales, como los restos alimenticios, y el sarro, constituido por elementos tanto más nocivos para las encias, cuanto más alterado se halla el organismo del individuo; porque los elementos constitutivos de las concreciones tártricas están en relación con la salud constitucional; si ésta es anormal, aquéllas apénas contienen sales minerales, pues son generalmente sebáceas y están cargadas de substancias orgánicas, como fragmentos epiteliales, restos alimenticios, microorganismos, etc. Estas concreciones sarrosas son fermentables, con reacción ácida, y depositadas entre el márgen de la encia y el cuello de los dientes, determinan por contacto inmediato desórdenes característicos; pero aun aplicando esta misma causa local á un individuo saludable, la afección no hallaría terreno

apropiado para desarrollarse en toda su extensión, porque la causa determinante sólo produce efectos graves cuando la predisponente data de un organismo más ó menos empobrecido y viciado por enfermedades generales, como raquitismo, gota, raumatismo, diabetes, anemia, sífilis, tuberculosis, etc.

Carriere expone que la *gingivitis expulsiva* es mas frecuente en los países donde abundan las afecciones escrofulosas ó verminosas.

Graves cita como una de las causas predisponentes la gota y el raumatismo.

Véase como Viau se expresa sobre la etiología de esta enfermedad.

«Admitiendo el papel determinante de los microorganismos, según Galippe y de la mineralización precoz y excesiva de los dientes, según Dubois, estas condiciones no pueden producir las alteraciones tan profundas sino cuando el terreno orgánico

sufre molestias nutritivas generales y adquiere una susceptibilidad particular á las influencias morbosas. Los datos clínicos tienen el valor de una verdadera demostración experimental.»

«Consideremos lo que pasa en el sistema dentario durante el curso de una diabetes. Los fenómenos de una periodontitis expulsiva (bajo este nombre estudia el autor la *ósteo-periostitis alvéolo-dentaria)* evolucionan con una rapidez é intensidad sorprendentes. En este caso el mecanismo inicial es conocido: todo tiende á las modificaciones físico-químicas de los elementos anatómicos. La resistencia orgánica debilitada, los traumatismos, la acción de los microorganismos de la boca, por débil que sea su virulencia, son de tal naturaleza que determinan la inflamación con destrucción progresiva de la encia, del alvéolo y del ligamento alvéolo-dentario, constituyendo el complexo sinto-

mático que ya conocemos.»

«Los fenómenos anátomo-patológicos no están suficientemente dilucidados. ¿Cuáles son las alteraciones iniciales? ¿Se trata de una gingivitis, de una alveolitis, de una periodontitis ó de una artritis? No se está de acuerdo sobre este punto. Las modificaciones histológicas de los tejidos interesados parecen tan estrechamente encadenadas, que es dificil de precisar la lesión inicial; es posible que ella dependa de la naturaleza de las causas determinantes.»

«Un solo hecho parece bien establecido: la progresión de las lesiones de la periferia al centro. Contraria á la periodontitis simple, la enfermedad empieza al nivel del cuello del diente y se propaga progresivamente hácia la punta de la raiz. Las alteraciones se observan igualmente sobre el tejido de la encia, del alvéolo y de la membrana alvéolo-dentaria; en el período

más avanzado el cemento se altera. Estas modificaciones no son el resultado de un proceso atrófico sino de una destrucción lenta y progresiva de los elementos anatómicos, dando lugar á la eliminación incesante del producto patológico.»

Con satisfacción hemos leido del doctor Viau el parecer etiológico sobre esta afección, pues fué el que desde un principio surgió en nuestra mente.

Ionnger, Rigg y otros autores sostienen que esta afección es puramente local.

Miller, Mitchaels y otros autores creen que es una manifestación local de un padecimiento general.

Ruve atribuyó la causa de la piorrea alveolar á la presencia del ácido úrico consiguiente al abuso de las bebidas alcohólicas.

Mitchaels dice que las concreciones que se depositan en la raiz del diente son de naturaleza parasitaria, transportadas por

la sangre en forma de ácido úrico, ó mejor dicho, de una bacteria que la micrografia ha designado con el nombre de *micrococus uræ.*

Magitot y Galippe creen que la piorrea alveolar es de naturaleza parasitaria y que es contagiosa; pero Miller opina que no existe el contagio, fundándose en que no ha podido comprobarlo entre individuos de una misma familia.

Morgan y Malassez consideran la afección como hereditaria.

El Dr. Miller admite tres factores importantes en la piorrea: las circunstancias predisponentes, los irritantes locales y las bacterias.

El pronóstico de esta afección es casi siempre desfavorable respecto á la conservación de los dientes, por la rebeldía que ofrece á todo tratamiento, y por su recidiva después de curada aparentemente; pero mediante un tratamiento apropiado puede

detenerse su curso, impidiendo las graves complicaciones que suelen sobrevenir, como adenitis sub-maxilar, accidentes flegmonosos y necrosis del maxilar.

Tratamiento. Primeramente se elimina con escrupulosidad todo el sarro depositado en los dientes, sin dejar la más leve partícula entre éstos y la encia; despues se hace sobre esta una incisión paralela con la raiz hasta el límite del tejido inflamado y se coloca un poco de algodón en la herida para que se separen sus bordes y se pueda con más facilidad limpiar el cuello de la raiz y quitar las partes necrosadas del borde alveolar: entonces se aplican los medicamentos apropiados al caso.

Como esta enfermedad depende muy á menudo de las condiciones generales del organismo, es dificil de curar, y lo primero que procede es activar la nutrición debilitada.

Los medicamentos preconizados para el tratamiento local son: el cloral, el iodo, el ácido crómico, el cloruro y ioduro de zinc, el sublimado, y los lavados frecuentes con antisépticos.

Viau recomienda el masage de las encias con un cepillo de dientes, pasándolo desde la punta de la raiz hasta el borde libre de la encia, con lo cual se consigue hacer salir el líquido purulento y disminuir la irritación; pues por la presión suave y metódica ejercida en los tejidos se aminora la circulación periférica. Además se aplicarán con una geringa inyecciones antisépticas entre la encia y el cuello de los dientes.

FORMULARIO

Re/.	Cloruro de zinc. . . .	0'25 centígs.
	Fenato de cocaina. . .	0'50 »
	Cloral . } aa.	2 gramos
	Mentol }	

M.

Para lavados. *Viau.*

Re/. Acido bórico	10	gramos
Alcohol rectificado . . .	50	»
Agua destilada	500	»

M.

Para enjuagatorios.

Magitot.

Acido tánico	6	gramos
Alcohol de 86°	90	»
Re/. Tintura de benjuí	6	»
Esencia de menta	1	gramo

M.

Se usan algunas gotas en un vaso de agua para enjuagatorios.

Dubois.

Re/. Cloruro de zinc }
Tintura de iodo . . } aa . . . . 2 gramos
Agua destilada. }

M.

Para aplicar en las encias durante ocho ó diez días.

Hollaender.

Re/. Clorato de zinc. . . . 0'25 centígs.
Ioduro » » . . . . . 0'50 »
Glicerina . . . . 2 gramos
M.

Para introducir una gota dentro de la bolsa purulenta.

Magitot.

Re/. Tanino . . . . 2 gramos
Glicerina . . . . 10 »
Alcoholato de coclearia. . 10 »
Esencia de menta ó anís . XI gotas
M.

Para bañar las encias dos veces al día.

Dubois.

Re/. Tintura de benjuí } aa. . . 5 gramos
Mentol . . . . }
Glicerina . . . . 20 »
Alcohol. . . . . 30 »
Infusión de salvia . . . 500 »
M. S. A.

Para enjuagatorios.

Re/ Fenol cristalizado / Cloruro de zinc.	aa .	0'50 centígs.
Tintura de iodo. . . .		1 gramo
Glicerina		5 gramos

M. S. A.

Colutorio para introducir algunas gotas entre la encia y él cuello de los dientes.

Re/. Bicloruro de mercurio .	0'10 centígs.
Infusión de salvia. . .	100 gramos

M. S. A.

Para el mismo uso.

Re/. Clorato de potasa	4 gramos
Carbón de Belloc	6 »
Glicerina	C. S.

M. y H. S. A.

Papilla para introducir entre la encia y el cuello de los dientes.

Re/. Tintura de mirra	20 gramos
Alcoholato de coclearia. . .	40 »
Esencia de anis.	XX gotas
Agua de menta	100 gramos

M. S. A.

Elixir dentífrico.

M. V.

Estomatitis.



Estomatitis, voz derivada del griego *estima* (boca) y el afijo *itis* (inflamación), es una enfermedad caracterizada por la inflamación de la membrana mucosa que tapiza la cavidad bucal.

Muchas veces es una manifestación local de enfermedades constitucionales agudas ó crónicas, como el sarampión, la escarlatina, la sifilis, la escrófula y el escorbuto, en cuyo caso la *estomatitis* es una afección secundaria. Se presenta, como la gingivitis, bajo diferentes formas ó fases, segun el sitio, la naturaleza de la lesión ó la especialidad de la causa; estas fases,

que consideramos en número de siete, llevan las siguientes denominaciones:

Estomatitis simple ó eritematosa.

Estomatitis epitelial ó leucoplacia.

Estomatitis ulcerosa ó úlcero-membranosa.

Estomatitis mercurial.

Estomatitis aftosa.

Estomatitis cremosa ó muguet.

Estomatitis epidémica.

Estomatitis simple ó eritematosa.



Esta forma de *estomatitis* está caracterizada por la inflamación superficial de toda la mucosa bucal, que al principio está seca, reluciente y roja; después sobreviene la hipersecreción con abundante formación de células jóvenes, cuyos productos se depositan en las encias, en la cara interna de las mejillas y en la dorsal de la lengua, revistiendo estas partes de un barniz más ó menos espeso.

La inflamación se limita á las regiones en que la mucosa va acompañada de un líquido conjuntivo abundante y laxo que se encuentra en mayor cantidad en los labios y en las mejillas; el de la lengua es sólo apreciable en la cara inferior y en los bordes, no existiendo en la bóveda palatina: la inflamación en este punto sólo

se conoce por el enrojecimiento y el volúmen anormal de las glándulas.

A veces la caida del epitelio deja en diversos puntos pequeñas ulceraciones muy superficiales, cuyo fondo, rojo vivo, está formado por el dérmis mucoso *(erosiones catarrales)*. Estas ulceraciones son lineales ó irregulares y muy dolorosas; pero se cicatrizan expontáneamente.

Esta forma de *estomatitis*, que corresponde á todas las edades, no es siempre general, pues á veces se limita á las mejillas, á las encias, (gingivitis) ó al paladar (palatitis).

La *estomatitis simple* se distingue tambien por un dolor quemante que molesta al contacto de los cuerpos sólidos, del aire frío y de los líquidos de alta y baja temperatura: la lengua, los labios y carrillos en sus movimientos ocasionan dolor. A la sequedad que experimenta el paciente al principio, sigue una salivación abundante

y el aliento adquiere un olor desagradable.

Termina generalmente por resolución después de algunos días, pero reaparece fácilmente cuando subsiste la causa que la ha provocado. A veces esta afección se hace crónica y desaparece el color rojo; pero persistiendo el barniz mucoso de la lengua y el mal olor que comunica á los alimentos que el paciente ingiere, un sabor amargo.

Etiología. Generalmente son origen de esta afección los irritantes locales, como el contacto de cuerpos muy calientes ó muy fríos, una dentición laboriosa, la irregularidad de los dientes y el abuso del tabaco ó de los alimentos muy cargados de especias. Muchas veces esta enfermedad va unida á un estado catarral del estómago, á la menstruación ó á la inflamación del tegumento externo.

Tratamiento. Primeramente deben

combatirse las causas probables de la afección, y si hay síntomas de catarro gástrico se administrará un emético para combatir la constipación. Se proscribe el uso del tabaco y al mismo tiempo se indicarán los enjuagatorios y colutorios astringentes y mucilaginosos asociados al clorato de potasa.

FORMULARIO

Re/. Tintura de ratania . . .		2 gramos	
» » manzanilla .		3	»
» » mirra . . .		90	»
Timol		0'20 centígs.	

M.

Se usa una cucharadita en un vaso de agua para un enjuagatorio cada media hora.

Schlenker.

Re/. Borato de sosa	aa. . . .	10 gramos
Miel blanca. .		

M.

Para bañar la mucosa con algodón envuelto en el dedo, si se trata de algún niño.

Bonclut.

Re/. Borato de sosa . . . 15 gramos
Timol . . . . 0'20 centígs.
Agua destilada. . . . 1000 gramos
M.

Para enjuagatorios en los fenómenos agudos. *Magitot.*

Re/. Tintura de catecú . . . . 4 gramos
Acido bórico . . . . 6 »
Reob de moras . . . . . 80 »
Alcohol de menta . . . . 5 »
Decocción de quina . . . 600 »
M. S. A.

Para enjuagatorios.

Re./ Estracto tebaico. . . . . 2 gramos
Alcohol de geranio . . . 3 »
Glicerina . . . . 20 »
Tintura de benjuí . . . . 3 »
Miel rosada . . . . 80 »
Decocción de alholvas . . 600 »
M. S. A.

Para enjuagatorios.

Re/ Clorato de potasa . . . . . 5 gramos
Salol . . . . 2 »
Hidrato de cloral . . . . 1 gramo
Infusión de salvia . . . . 300 gramos
M. S. A.

Para enjuagatorios. ***M.*** *V.*

Estomatitis epitelial ó leucoplacia.



Esta enfermedad, recientemente estudiada, va complicada casi siempre con la *glositis epitelial superficial (psoriasis lingual de los antiguos)*, y es una afección de la edad adulta. Es tenaz, indolente y parece ser el primer estadio del *epitelioma*, que puede estacionarse en su primera evolución por espacio de diez á veinte años sin desarrollarse abiertamente en todas sus manifestaciones.

Etiología. Las causas residen en el estado constitucional del individuo, en el que existe una diátesis marcada del *epitelioma*.

Tratamiento. Como esta afección no ofrece tendencia á la curación expontánea merece un tratamiento local riguroso y

prolongado, que tambien es aplicable á las demás formas de *estomatitis*.

Se proscribirá absolutamente el uso del tabaco, del alcohol y de los alimentos condimentados con muchas especias, y se recomendarán frecuentes enjuagatorios emolientes y antisépticos.

FORMULARIO

Re/. Acido salicílico		2 gramos
Eter sulfúrico / Alcohol. . .	aa	5 »
Glicerina		10 »

M.

Colutorio para embrocaciones.

Schwimmer.

Re/. Alumbre	1 gramo
Acido tánico	2 gramos
Glicerina	50 »

M.

Colutorio para embrocaciones.

Miller.

Re/. Acido láctico	2	gramos
Alcohol de menta	5	»
Glicerina	10	»

M. S. A.

Colutorio para embrocaciones.

Re/. Acido salicílico	1 gramo
Mentol	0'25 centígs.
Glicerina	15 gramos

M. S. A.

Colutorio para embrocaciones.

Re/. Clorato de potasa	6	gramos
Bicarbonato de sosa . . .	10	»
Alcohol de menta	25	»
Glicerina	25	»
Infusión de salvia . . .	300	»

M. S. A.

Para enjuagatorios.

M. V.

Estomatitis úlcero-membranosa, membranosa ó diftérica.

Esta forma de *estomatitis* se distingue de las demás en que la exudación inflamatoria no se limita á la superficie de la mucosa bucal, sino que ocupa una profundidad variable y la eliminación del producto determina por necesidad una pérdida de sustancia y una ulceración consiguiente á la mortificación de la parte de la mucosa comprendida en la infiltración.

Esta afección empieza por una hiperemia, la cual puede ser general; la mucosa está roja y tumefacta, principalmente en las encias, labios y carrillos, que es donde generalmente se manifiestan las ulceraciones, las cuales son redondeadas en los carrillos, y en las encias se prolongan en sentido vertical y pueden ocupar toda la altura del borde gingival.

En esta forma de *estomatitis*, como en todas las demás flegmasias de la mucosa bucal, hay dolores, ptialismo y fetidez, pudiendo estos síntomas determinar la forma aguda, en cuyo caso la enfermedad sólo dura de una á cuatro semanas; pero cuando el mal se hace crónico las ulceraciones persisten meses, distinguiéndose de las aftosas por su sitio, forma, profundidad y por los detritus membranosos que revisten el fondo. Se confunden tambien con las ulceraciones vivas y sangrientas producidas en la cara interna de los carrillos por los dientes desviados ó rotos.

«Esta afección aparece por lo general primeramente en las encias y en el pliegue gingivo-bucal, desde donde se extiende á la cara posterior de los carrillos, de los labios, y especialmente del labio inferior; mas rara vez alrededor de la lengua y hasta el velo del paladar (Tardieu). Limitada casi siempre á un solo lado empie-

za por pequeñas placas de un blanco gris, irregularmente oblongas ó redondeadas, más ó menos salientes y formadas por el depósito de una capa plástica adherida por debajo del epitelio. La membrana mucosa, en los puntos en que se han desarrollado las falsas membranas, es por lo general el asiento de una rubicundez eritematosa que precede á la formación de la membrana, formando alrededor de las placas un rodete sanguinolento y fungoso. La mucosa subyacente está roja, violada, ingurgitada de sangre, no ulcerada; en ciertos casos, tan sólo existe una verdadera ulceración (Taupin). El interior de la boca está dolorido, el aliento es fétido, los gánglios sub-maxilares del lado enfermo se abultan y duelen; cuando la inflamación se extiende demasiado, aparecen tumefactos los labios y los carrillos, pero sin abultamiento, tensión ni calor en la piel. Se declara entonces un ptialismo abundante;

faltan los síntomas generales y la enfermedad permanece local y bastante limitada. Las falsas membranas cada vez más lívidas y negruzcas se engruesan, se desprenden después y se renuevan en los mismos puntos, ó, cuando la enfermedad tiende á la resolución, dejan de reproducirse; la membrana mucosa se adelgaza y vuelve poco á poco al estado normal. Alguna vez, y en los casos más graves, la gangrena se apodera de los tejidos inflamados, y las falsas membranas se convierten en verdaderas escaras, que se desprenden por sí mismas ó á beneficio de los medios oportunos. Con un tratamiento bien dirigido, esta afección suele curar facilmente; pero puede complicarse con una inflamación de la laringe ó una pneumonia, cuya terminación puede ser funesta.»

«Esta afección se desarrolla con preferencia en los niños de corta edad ó en los

individuos debilitados por enfermedades anteriores y sujetos á malas condiciones higiénicas, como la humedad ó la aglomeración de individuos.»

Etiología. Las causas consisten á veces sólo en las alteraciones locales; pero provienen más frecuentemente de la alimentación insuficiente, de las fatigas y excesos, de la debilidad orgánica, de las habitaciones húmedas y de la permanencia en hospitales y cárceles.

Tratamiento. Primeramente debe colocarse á los enfermos en condiciones higiénicas, y en caso de epidemia, sustraerlos de todo foco de transmisión.

El clorato de potasa es un remedio muy eficaz en esta afección, y se administra en pociones y en colutorios. A los pocos días de este tratamiento empiezan á desprenderse los productos membranosos; el fondo de las ulceraciones adquiere un tinte rosáceo de buen carácter, y la cicatrización

se verifica con rapidez. Si las ulceraciones recidivan ó no ceden al tratamiento indicado, se cauterizarán con nitrato de plata.

Como el empobrecimiento constitucional es la causa más común de que las ulceraciones se reproduzcan y se hagan crónicas, deben administrarse al enfermo los tónicos unidos á una buena alimentación.

FORMULARIO

Re/. Jarabe de quina.	6	gramos
Clorato de potasa	30	»
Alcoholatura de coclearia .	60	»
Decocción de quina	250	»

M. S. A.

Para enjuagatorios. *Jaccond.*

Re/.

Acido fénico cristalizado . .	10 gramos
Esencia de menta	1 gramo
Tintura de quillaya saponaria.	50 gramos
Agua destilada	2'50 centígs.

M.

Se usará una cucharadita en un vaso de agua para enjuagatorios.

Rabuteau.

Re/. Tintura de benjuí . . . . . 3 gramos
Clorato de potasa . . . . 10 »
Decocción de raiz de malvas 500 »
M. S. A.
Para enjuagatorios.

Re/. Borato de sosa. . } aa . . 15 gramos
Clorato de potasa. }
Salol . . . . 5 »
Jarabe de moras . . . . 50 »
Decocción de hojas de coca 500 »
M. S. A.
Para enjuagatorios.

Re/. Timol. } aa. . . . . . . 0'50 centígs.
Salol . }
Alcohol absoluto . . . . 20 gramos
M. S. A.
Para embrocaciones.

Re/. Ioduro de potasio . . . . 3 gramos
Clorato de potasa . . . . 10 »
Jarabe de limón . . . . . 50 »
Poción gomosa . . . . . . 100 »
M. S. A.

Poción para tomar seis cucharadas diarias.

M. V.

Estomatitis mercurial.



Esta afección está caracterizada por la tumefacción y el enrojecimiento de la mucosa bucal; por el dolor de las encias, que sangran al menor contacto y se separan del cuello de los dientes; por el sabor metálico desagradable, y por una salivación abundante.

Los dientes se cubren de un barniz sucio, vacilan y adquieren una sensibilidad dolorosa; el aliento se vuelve fétido, cuyo olor característico difiere del que producen las demás formas de estomatitis.

Cuando la intensidad del mal avanza, la lengua participa de la hinchazón y apenas cabe en la boca; su punta se seca y se obscurece, estando siempre fuera de la cavidad bucal; la cara y las glándulas

salivares se ponen tumefactas, y en los labios y en la cara interior de los carrillos aparecen úlceras redondeadas, cubiertas de un barniz blanco sucio ó de concreciones irregulares del mismo color. Hay fiebre, insomnio, cefalalgia, y el organismo se debilita por la dificultad de alimentarse bien y principalmente por el constante ptialismo, que causa en el individuo verdaderos estragos. Se refiere que Wright empleó en sus experimentos 250 gramos de su propia saliva, disminuyendo once libras de su peso.

Más tarde sobrevienen fenómenos graves, como la caida de los dientes, la gangrena de las encias y de los carrillos, y la necrosis de los máxilares. En los casos benignos la enfermedad sólo dura de cuatro á siete días; pero en los casos graves se prolonga tres ó cuatro semanas.

Etiología. Las mismas causas que provocan la gingivitis mercurial, origi-

nan tambien la *estomatitis;* pues el mercurio, segun ya manifestamos al tratar de la gingivitis, absorbido ó ingerido se elimina principalmente por los riñones y las glándulas salivares, provocando la inflamación de éstas y consecutivamente la de la mucosa bucal. Por esto sufren con más frecuencia esta forma de *estomatitis* los enfermos sometidos á medicaciones mercuriales, y los obreros que se dedican á la industria de espejos; pero la susceptibilidad individual es variable, pues mientras unos son facilmente víctimas de su acción, otros son refractarios.

Tratamiento. Uno de los remedios más eficaces para esta afección es el clorato de potasa; pero conviene obrar de un modo más directo sobre la mucosa y las encias, por medio de embrocaciones de ácido clorhídrico humeante, y administrando purgantes enérgicos. Si el ptialismo exagerado impide el sueño, se da el

opio, que, además de su acción sedativa sobre el sistema nervioso, disminuye las secreciones buco-salivares.

La terminación de la enfermedad puede apresurarse con los toques de ácido bórico, y si persisten algunas ulceraciones se cauterizan con nitrato de plata.

FORMULARIO

Re/. Clorato de potasa	15	gramos
Alcohol de menta . } aa . .	20	»
Tintura de ratania }		
Agua destilada	400	»

M.

Para enjuagatorios.

Re/. Clorato de potasa	2	gramos
Jarabe de culantrillo . . .	40	»
Agua destilada	250	»

M. S. A.

Se tomará una cucharadita cada dos horas, ó se usará en enjuagatorios para los niños.

Maurin.

Re/. Clorato de potasa . . .		5 gramos
Timol		0'25 centígs.
Glicerina		10 gramos

M. S. A.

Para embrocaciones.

Re/. Bicarbonato de sosa	aa .	15 gramos
Clorato de potasa .		
Deccoción de quina. . . .		300 »

M. S. A.

Para enjuagatorios.

Re/. Permanganato de potasa .	1 gramo
Láudano de Sidenham . .	5 »
Rob de moras	50 »
Agua de menta	500 »

M. S. A.

Para enjuagatorios.

M. V.

Estomatitis aftosa.



Esta afección está constituida por un exudado fibrinoso difuso, precedido de una inyección vascular, el cual se deposita aisladamente en el tejido de la mucosa debajo del epitelio intacto, apareciendo como un núcleo agrisado ó blanco amarillloso, de forma redonda ú oval, y de un tamaño que varía desde una cabeza de alfiler hasta el de una lenteja. Estos depósitos aumentan y se reunen formando placas blancas abolladas, pero cubiertas de epitelio.

Al segundo ó tercer día se reblandece el exudado, se elimina con la epidermis que le corresponde y deja ulceraciones de limpios contornos y de bordes pegados, con el fondo formado por el tejido submucoso; estas úlceras, se cicatrizan á los

doce ó quince días, dejando sólo una mancha roja.

En los niños las *aftas* ocupan principalmente la región palatina. En el adulto la exudación se verifica en los folículos, y de ahí el aspecto vesiculoso y después pustuloso de la lesión, que invade principalmente los labios, los carrillos, y los bordes y punta de la lengua. Suele haber diarrea y fiebre. Los demás síntomas, como sequedad y despues salivación de la boca, dolor quemante y fetidez del aliento, son comunes á todas las formas de estomatitis.

Las *aftas*, desarrolladas en individuos caquécticos y en el estado puerperal ó durante el curso de la fiebre tifoidea, pueden degenerar en gangrena de la boca.

Etiología. Aunque esta forma de estomatitis se observa en todas las edades, es más frecuente en los niños, principalmente en los de constitución débil y só-

metidos á condiciones anti-higiénicas.

Los mismos irritantes locales que son causa de la estomatitis simple, pueden serlo de la *aftosa*. El desorden de las funciones digestivas en los niños y las fiebres en los ancianos, suelen con frecuencia provocar esta afección. En la primavera y en el otoño se generaliza de un modo epidémico, y es contagiosa; pues se ha propagado entre los niños de algunas escuelas, debido al uso del mismo vaso al tomar agua.

Al tratar de la gingivitis *aftosa* citamos como una de sus principales causas la leche de cabras y vacas que padecen *fiebre aftosa* de origen microbiano. En la estomatitis exponemos la misma causa, que puede producir idénticos efectos ya en el tejido gingival solamente, ó en éste y en toda la mucosa bucal simultaneamente.

Tratamiento. Para calmar los dolores y apresurar la cicatrización, conviene ha-

cer una cauterización superficial con nitrato de plata. Si las *aftas* recidivan con frecuencia, porque van unidas á la irritación de la mucosa gastro-intestinal provocada casi siempre por una alimentación demasiado estimulante ó esclusivamente animal, conviene, además del tratamiento local, modificar el régimen alimenticio, haciendo uso de carnes blandas y de vegetales.

Dice Tardien: «Las *aftas* simples é idiopáticas se curan expontáneamente, sin que sea cierto que los tópicos que contra ella se emplean abrevien notablemente su curación; tan sólo puede conseguirse disminuir el dolor á beneficio de gargarismos emolientes y narcóticos ó de lociones ligeramente aciduladas; y aún cuando la ulceración tiende á propagarse, y presenta una superficie gris con bordes duros é inflamados, una cauterización superficial por medio del nitrato de plata puede favorecer la cicatrización y determinar, sobre todo

en la úlcera, la formación de una película que la haga menos sensible al contacto de los agentes exteriores».

FORMULARIO

Re/. Agua de rosas	150	gramos
Estracto de ratania . . .	5	»
Glicerina pura	10	»

M.

Para enjuagatorios. *Hiller.*

Re/. Infusión de rosas rojas. .	100	gramos
Acido sulfúrico diluido . .	1	gramo
Tintura de caclumde. . .	10	gramos
» » opio.	4	»

M.

Para enjuagatorios. *Thomson.*

Re/. Agua de azahar.	300	gramos
Glicerina pura	50	»
Acido bórico . } aa . . .	1	gramo
» salicílico }		
Clorato de potasa	8	gramos
Esencia de mirra	XV	gotas

M. S. A.

Para enjuagatorios. *Monin.*

Re/. Borato de sosa	5	gramos
Espíritu de limón	2	»
Jarabe de güira cimarrona.	60	»
Decocción de llanten. . .	500	»

M. S. A.

Para enjuagatorios.

Re/. Tintura de iodo. . . .	2 gramos
Sulfato de zinc	0'05 centígs.
Oximiel simple. . . .	10 gramos

M. S. A.

Para embrocaciones.

Re/. Acido salicílico	2	gramos
» bórico.	15	»
Glicerina . . . . , ...	25	»
Agua de azahar.	300	»

M. S. A.

Para enjuagatorios.

M. V.



Estomatitis cremosa ó muguet.



Esta forma de *estomatitis* se caracteriza por una hiperemia dolorosa, seca, reluciente y ardorosa: la reacción ácida es notable, considerándola Berg y Vogel como condición principal de la vegetación parasitaria; pues el *muguet* se distingue por un catarro con proliferación epitelial y por un parásito vegetal, cuyo desarrollo y propagación en la cavidad bucal están subordinados á condiciones no bien conocidas.

A veces el mal entorpece la succión en los niños recien nacidos, y hace dificil la deglución en los individuos de más edad. La enfermedad no es grave y cura de los tres á los siete días, no habiendo diarrea ocasionada por la deglución del producto morboso, que provoca á veces en el intes-

tino un trabajo de fermentación, ó no sobreviniendo alguna complicación flegmática ó que el *muguet* sea un epi-fenómeno, ó un accidente final, como sucede en los viejos extenuados ó en los adultos tísicos.

El *muguet* ocupa en el mayor número de casos los bordes y la cara superior de la lengua, las encias, el contorno y la parte interna de los labios y de los carrillos, los demás puntos de la cavidad palatina y faringea, y más rara vez el esófago, los intestinos (Billard, Valleix), y, en fin, la márgen del ano; jamás se presenta en las fosas nasales ni en las vías aéreas, y excepcionalmente se le ha visto en la cara interna del prepucio en un caso de fímosis en un niño, y en la vulva.

El exámen microscópico de una partícula de *muguet* (Tardien) demuestra ó conjunto ó amontonamiento de vegetales criptógamos, provistos de raices implan-

tadas en las células del epitelio, al que perforan, desarrollándose en tallos y ramas que llevan gérmenes de $^{1}/_{200}$ª á $^{1}/_{500}$ª de milímetro (Girnby).

Esta afección es muchas veces secundaria, desarrollándose durante el curso de enfermedades graves, como catarro intestinal en los niños, tuberculosis y caquexias en los adultos, lo cual es causa de que se le atribuya un peligro que sólo corresponde á la afección primera y no á la lesión local.

Etiología. La acumulación del epitelio, la fermentación láctea, y la debilidad y escasez de los movimientos de deglución, que favorecen la descomposición de las partículas alimenticias, son las influencias más positivas: su acción va ayudada por la falta de aseo y por la debilidad del organismo.

El *muguet* es más frecuente en los niños de lactancia, débiles y enfermizos. En los

adultos rara vez es primitivo, y sí generalmente consecutivo á enfermedades graves que han dejado la mucosa bucal en condiciones favorables para la germinación de los parásitos.

Tratamiento. La higiene es un buen preventivo contra todas las afecciones de la boca, y el que la observa con constancia muchas enfermedades se evita.

A los niños, despues de haber lactado, se les debe lavar la boca con el dedo índice envuelto en algodón empapado de un antiséptico apropiado; los de más edad y los adultos deben tambien someterse á una higiene rigurosa.

Ya desarrollado el *muguet* se tratará con lociones alcalinas y con la miel rosada y el borato de sosa en partes iguales.

Si la lesión es muy confluente, antes de servirse de los astringentes, se frotará la mucosa con el lápiz de nitrato de plata para desprender una parte de las concre-

ciones. Si hay diarrea ú otra complicación se combatirán con el tratamiento general apropiado. Se proscribirá todo colutorio acidulado, porque la acidez bucal suele influir al desarrollo de esta afección Si se sospecha que el *muguet* se ha extendido al exófago conviene recomendar como bebida el agua de Wichy sola ó asociada á la leche.

FORMULARIO

Re/.	Borato de sosa	5	gramos
	Glicerina	10	»
	Agua de Wichy.	200	»

M.

Para frecuentes enjuagatorios.

Viau.

Re/.	Agua de menta	100	gramos
	Glicerina	15	»
	Borax	10	»
	Tintura de pelitre	1	gramo

M.

Para tres enjuagatorios diarios.

Monin.

Re/. Agua de hinojo⎫
» » cal. ⎭ aa . . . 50 gramos
Jarabe de anís . . . . . 25 »
M.

Poción para tomar una cucharada antes que el niño mame.

Archambault.

Re/. Bicarbonato de sosa⎫
Clorato de potasa. ⎭ aa . . 5 gramos
Glicerina . . . . 15 »
Agua destilada . . . . . . 200 »
M. S. A.

Para enjuagatorios.

Re/. Cloruro de zinc. . . . 0·10 centígs.
Clorato de potasa . . . 2 gramos
Glicerina . . . . 10 »
Miel rosada . . . . . . 25 »
M. S. A.

Para embrocaciones.

Re/. Fenol.⎫
Timol⎭ aa . . . . 0'50 centígs.
Alcohol de menta . . . 15 gramos
Agua de menta. . . . 100 »
M. S. A.

Para enjuagatorios.

M. V.

Estomatitis epidémica.

En esta afección las encias están tumefactas, reblandecidas é infiltradas de corpúsculos prógenos, sangrando facilmente á la menor presión, y dejando brotar á veces verdaderos surtidores de pus fétido é icoroso. La inflamación se propaga muchas veces al periostio alvéolo-dentario, produciendo la periostitis, que ocasiona dolor á la presión y dificultad en la masticación.

Etiología. Esta forma de estomatitis, que el vulgo, como á todas las afecciones gingivales, califica de *escorbuto,* se observa bajo un carácter epidémico en los buques, cuarteles, hospitales, cárceles y otras colectividades en que falta por completo la higiene de la boca; pues es sumamente contagiosa y se propaga con rapidez, dependiendo casi siempre de la mala

calidad de la harina con que se confecciona el pan, en cuya masa se desarrolla un parásito vegetal que encuentra en los repliegues de la mucosa bucal un terreno apropiado para su evolución, la cual favorece en gran manera el descuido de la higiene.

TRATAMIENTO. La limpieza del sarro dentario y las irrigaciones y colutorios de ácido bórico al 4 por 100 son suficientes para curar esta afección. La flegmasia se trata con toques de ácido crómico al 2 por 100, con lo cual se aprietan y endurecen los tejidos, sin alterar la textura de los dientes.

FORMULARIO

Re/.	Alcohol de menta	4 gramos
	Tintura de benjuí	20 »
	Esencia de badiana . . .	4 »
	Timol	1 gramo

M.

Se usa una cucharadita en medio vaso de agua para enjuagatorios.

Viau.

Re/. Timol	. . . .	0'30 centígs.	
Alcoholato de toronjil	.	50 gramos	
Tintura de ratania	. .	15	»
Esencia de menta .	aa.	1 gramo	
» » clavo .			

M.

Dentrífico.

Schlencker.

Re/. Clorato de potasa	. . . .	15 gramos	
Tintura de ratania			
» » quina .	aa . .	25	»
» » mirra .			
Borato de sosa	. . . . .	8	»
Agua destilada	. . . . .	200	»

M. S. A.

Se usa una cucharada en una copa de agua para enjuagatorios.

Re/. Tintura de benjuí	. . . .	15 gramos	
» » eucaliptus	. .	6	»
Hidrato de cloral	. . . . .	4	»
Alcohol de menta	. . . .	300	»

M. S. A.

Dentrífico.

M. V.



Quemaduras de la mucosa bucal.

La mucosa bucal, á consecuencia de recibir el contacto de sustancias muy calientes ó corrosivas, sufre quemaduras de más ó menos consideración según los tejidos que afecta.

Cuando la lesión es superficial, sin destrucción de la epidermis, ofrece un color rosado, con escozor que desaparece pronto; pero si es más profunda produce vesículas llenas de serosidad que levantan la epidermis, produciendo intenso dolor.

En grado más avanzado la epidermis y as papilas del dermis se desorganizan, los lictemas encierran un líquido sanguinolento y obscuro y el dolor aumenta. Despues sobreviene la destrucción del tegumento externo, del tejido celulár sub-

yacente y de los músculos, siendo interesados los grandes troncos vasculares y nerviosos. Por último los órganos son completamente destruidos y carbonizados.

Cuando las quemaduras son superficiales y localizadas á la porción anterior de la cavidad bucal son de poca gravedad; pero si afectan á la glotis, á los pliegues del velo del paladar ó á la base de la lengua, pueden ocasionar serios trastornos. Se citan casos de muerte producida por la ingestión de agua ó leche hirviendo.

Etiología. Las causas provienen de introducir en la cavidad bucal sustancias de elevada temperatura, ó de líquidos corrosivos, como ácidos minerales, soluciones concentradas de amoniaco ó de potasa cáustica, etc. Estos accidentes tienen generalmente lugar en las tentativas de suicidio por medio de dichas sustancias.

Tratamiento. En las quemaduras superficiales es útil la inmediata y persis-

tente refrigeración, poniendo en la boca pedazos de hielo.

FORMULARIO

Re/. Acido tánico } aa		1 gramo
Alcanfor . . }		
Eter sulfúrico	8	gramos

M.

Para tres embrocaciones diarias.

Cavazzani.

Re/. Aceite de almendras . . .	25	gramos
Agua de cal	100	»

M.

Para embrocaciones.

Pagan.

Re/. Tintura de mirra	5	gramos
Aceite de olivo	10	»
Láudano de Sidenham . .	2	»

M.

Para embrocaciones.

Re/. Aceite de oliva } aa. . . . . 6 gramos
Agua de cal . }
Salol . . . . } aa. 1 gramo
Láudano de Sidenham }

M.

Para embrocaciones.

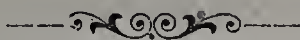
Re/. Mentol . } aa . . . . 2 gramos
Alcanfor }
Aceite de almendras. . . 10 »
Agua de cal . . . . 25 »

M. S. A.

Para embrocaciones.

M. V.

Escorbuto.



Escorbuto, palabra holandesa que significa *úlcera de la boca*, es una afección caquéctica engendrada por las malas condiciones higiénicas, que está caracterizada por una anemia profunda, reblandecimiento fungoso de las encias y hemorragias múltiples.

La anemia es el síntoma precursor de esta afección: se observa en el paciente palidez, color plomizo, debilidad, demacración, experimentando intenso dolor en las articulaciones, principalmente en las extremidades inferiores, y palpitaciones y vértigos al menor ejercicio.

El reblandecimiento de las encias sobreviene despues: éstas se hinchan, adquiriendo un color violado; se vuelven

blandas y fungosas; se ulceran y sangran al menor contacto; el aliento es muy fétido y el ptialismo se acentúa, contribuyendo á debilitar al paciente; por diferentes partes del cuerpo se manifiestan manchas lívidas; los dientes se descarnan y son expulsados, y á veces sobreviene la caries de los maxilares.

A las alteraciones gingivales se suceden hemorragias múltiples por las diferentes membranas mucosas y aun por la piel. La sangre es negra, líquida, pero no presenta ninguna alteración constante ni en su composición química ni en su coagubilidad.

Cuando la afección no ha sufrido complicaciones, el pulso es normal. Hay carencia de apetito, peso en el epigastrio, dolores en el abdomen y estreñimiento pertinaz que es substituido después por una diarrea sanguinolenta; pero cuando sobrevienen complicaciones se infartan las

vísceras, declarándose hidropesias, fiebre héctica, caries de los huesos, los cuales se reblandecen é infiltran de sangre, todo lo cual anuncia una terminación funesta.

Lind ha indicado un síntoma curioso en el último período del *escorbuto*, y es que imprimiendo al enfermo ciertos movimientos se produce una especie de chasquido óseo, resultado del roce de las efúficis desprendidas del hueso. Las costillas y los cartílagos costales, desunidos producen tambien un ruido sordo.

Las complicaciones que pueden agravar esta enfermedad son: las flegmasias de la pleura ó de los pulmones, la disenteria, la sífilis y la escrófula; pero cuando tiende á una terminación feliz, todos los síntomas expuestos desaparecen y el restablecimiento tiene lugar á los dos ó tres meses, aunque debe temerse la recidiva, pues suele ser constante.

La *púrpura hemorrágica* se considera

como una variedad del *escorbuto*, por el conjunto de iguales caracteres morbosos que ofrece, principalmente la tendencia á las hemorragias múltiples, ya en la superficie de las mucosas, ya en el tejido celular subcutáneo, síntomas que ofrecen alguna confusión con los del *escorbuto;* pero para establecer un diagnóstico fijo observaremos que en la *púrpura* faltan las causas de aquella afección y las alteraciones de las encias.

Etiología. El *escorbuto* reconoce como una de sus principales causas la falta de higiene. La privación del agua potable, de vegetales frescos, de sales de potasa, el abuso de carnes saladas y almendras, la tristeza, la humedad y el frío contribuyen al desarrollo de esta afección. En los buques, cárceles, plazas sitiadas y hospitales ha hecho endémicamente estragos; pero hoy, gracias á las beneficiosas modificaciones establecidas en la higiene, se

ha contenido su propagación.

TRATAMIENTO. El tratamiento de esta dolencia corresponde primeramente á las atribuciones del Médico; pero la hemos descrito por la parte que á nosotros incumbe, pues los principales síntomas se manifiestan en la boca, que nos corresponde atender y tratar.

El enfermo debe someterse á una higiene rigurosa, como paseos al aire libre, alimentación sustancial compuesta de carnes y vegetales frescos, como berros, rábanos, coclearia, agua potable, vino, frutos ácidos, como naranjas y limones, cuyo zumo se emplea con ventaja para aplicar en las encias ó en las úlceras escorbúticas. Sobre los tumores hemorrágicos se harán aplicaciones emolientes y resolutivas. Sobre las encias se hará una embrocación diaria de ácido clorhídrico por espacio de cinco días, con lo cual se calmará el dolor. El volúmen y el color violáceo del tejido

gingival disminuirán y éste se hará más consistente.

Los emolientes tibios laudanizados constituyen la medicación local más conveniente por el mucho calor y el constante escozor que se experimenta.

Al tratamiento local se asociará el general, que corresponde al Médico.

FORMULARIO

Re/.	Alcoholato de coclearia. .	50	gramos
	Tintura de ratania . . .	20	»
	Agua destilada	200	»

M.

Para enjuagatorios.

Bamberger.

Re/.

Decocción de quina	200	gramos
Tintura de mirra.	20	»
Acido sulfúrico alcoholizado .	10	»
Miel rosada	60	»

M. S. A.

Para enjuagatorios.

Hunter.

Re/. Tintura de ratania . . .		30	gramos
Alcohol de menta		60	»
Cloroformo . . .	aa . .	5	»
Tintura de benjuí			

M.

Se usa una cucharadita para medio vaso de agua tibia para enjuagatorios.

Viau.

Re/.

Decocción de quina $\left(\frac{6}{100}\right)$ . . .	100	gramos
Infusión de rosas rojas $\left(\frac{2}{100}\right)$.	100	»
Tintura de mirra	8	»
Acido clorhídrico	X	gotas

M.

Para enjuagatorios.

Brande.

Re/. Zumo de limón.	25	gramos
Tintura de mirra	10	»
Alcoholato de coclearia. .	15	»
Agua destilada	300	»

M. S. A.

Para enjuagatorios.

Re/. Clorato de potasa . . . . 2 gramos
Glicerina . . . . 10 »
Timol . . . . 0'50 centigs.

M. S. A.

Para embrocaciones en las úlceras.

Re/. Alcoholato de coclearia. . 50 gramos
Miel rosada . . . . 40 »
Deccoción de quina. . . . 200 »

M. S. A.

Para enjuagatorios.

Re/.
Tintura de canela. . . . . . 10 gramos
Jarabe de rábano compuesto . 50 »
Acido cítrico . . . . 2 »
Agua de menta . . . . 200 »

M. S. A.

Poción para tomar seis cucharadas diarias.

M. V.

Épulis.

Con el nombre de *épulis* se designan algunas variedades de tumores de las encias, como los fibromas, sarcomas y epiteliomas, diferentes por su estructura; pero presentando como caracteres comunes su origen en los bordes alveolares y su tendencia á invadir las partes sanas de la encia.

En la mayoría de los casos los *épulis* son *sarcomas*, entre los cuales se distinguen muchas variedades, según la naturaleza de los elementos que predominan en el tumor. Rauvier y Cornil han distinguido seis especies, que son:

Sarcoma encefalóideo, cuya substancia fundamental es blanda y poco abundante, las células redondeadas y casi yustapuestas, y los vasos voluminosos. *Sarcoma*

fosciculado, en el cual, siendo la substancia fundamental más abundante y sólida, las células se hacen fusiformes. *Sarcoma mielóideo,* en el que las células son planas y contienen gran número de núcleos. *Sarcoma oxificante,* formado por tejido embrionario, presentando las modificaciones que sufrè para convertirse en tejido óseo. *Sarcoma neuróglico,* formado por la neuroglia ó tejido conjuntivo del tejido nervioso. *Sarcoma angiolítico,* que sólo se observa en las meninges y está caracterizado por la presencia de granulaciones calcáreas semejantes á las que existen normalmente en los plexos coróideos.

El *fibroma* está formado por un tejido fibroso, conectivo, normal, afectando generalmente una forma redondeada y en ciertos casos lobulada: no siempre son pediculados.

El *epitelioma (cancroide, cáncer verrugoso)* es un tumor formado de elementos

anatómicos semejantes al epitelio (Chernoviz). Se desarrolla en los labios, lengua, cara, escroto, ano, vulva, cuello del útero, etc. y más frecuentemente en las regiones en que la piel está en continuación de alguna membrana mucosa. Principia por la prominencia de la piel en forma de verruga, la cual se cubre de escamas, se resquebraja, aumenta de volumen, rubifícase y se vuelve lobulada; las escamas se desprenden y ponen á descubierto una úlcera que poco á poco invade los órganos circunvecinos. Esta úlcera presenta una superficie sinuosa, cubierta de granulaciones semejantes á la pulpa de un higo, que produce un líquido poco grueso.

El *épulis, sarcoma, fibroma* y *epitelioma*, son tumores invasores, de diferente estructura, pero de igual especie y semejanza.

El *épulis sarcomatoso* tiene su origen en

el periostio y es unas veces adherente y otras pediculado.



Figura 1.ª

En casos más raros el *épulis* es un *epitelioma lobulado*. El sitio primitivo del tumor puede ser tambien el periostio alvéolo-dentario (Magitot) ó el tejido óseo, sobre todo en el maxilar superior (Rauvier).

El *épulis epitelial* se desarrolla no sólo en la cavidad bucal, sino en el espesor del hueso; es esencialmente invasor.

La descripción del *épulis* puede dividirse en tres períodos; intra-alveolar, sub-periostio y supra-periostio.

Primer período. Mientras la producción morbosa aun está contenida en el espesor del borde alveolar, los síntomas son

nulos ó en estremo vagos, y consisten en la tensión, en odontalgias repetidas y en la conmoción de los dientes.

SEGUNDO PERÍODO. Cuando el tumor tiene su sitio primitivo en el periostio alvéolo-dentario y ha dado lugar á la caida de un diente, aparece en el lugar que ocupaba éste, bajo la forma de una pequeña excrecencia redondeada, lisa, roja, indolente y de la magnitud de una cereza. Se desarrolla con lentitud y se extiende á uno y otro lado de la encia, rechazando delante de él al periostio y á la mucosa. El *epitelioma* presenta casi siempre en este período todos los caracteres del *sarcoma;* sin embargo algunas veces ofrece una disposición lobulada ó en coliflor y puede prolongarse años.

TERCER PERÍODO. Cuando la producción morbosa ha franqueado la barrera que le formaba el periostio y ha penetrado de este modo en la capa del tejido celular

subyacente á la mucosa, adquiere de pronto un rápido desarrollo, triplicando su volumen y extendiéndose por la bóveda del paladar hasta la línea media; hácia atrás hasta los pilares del velo del paladar, y hácia fuera rechaza las partes blandas del carrillo, cubriendo la cara externa del hueso maxilar, por lo cual se hace difícil limitar la extensión de su pedículo ó base de implantación. En el maxilar inferior se extiende igualmente sobre una y otra cara del hueso, y por el suelo bucal para subrir reflejándose al fondo del surco gíngivo-bucal en la cara profunda del carrillo. El *épulis*, abandonado á sí mismo, termina por ulceración.

Etiología. La causa del *sarcoma* y del *epitelioma* de las encias es obscura, como la de todos los tumores en general: sin embargo la irritación parece ser la que en ciertos puntos representa el principal papel.

En un caso observado por Morgan, el tumor contenía una masa ósea aislada que fué reconocida por pertenecer al alvéolo subyacente. En otro caso observado por Thomas, fué hallado en el centro de un *épulis*, un raigón dentario, cuya corona se habia roto cinco años antes.

El *épulis* es más frecuente en la mujer que en el hombre, y en los jóvenes más que en los viejos: el *sarcoma* es raro despues de los cuarenta años de edad; pero el *epitelioma* se observa después de los treinta años.

Tratamiento. El *épulis*, cualquiera que sea su naturaleza, debe ser tratado enérgicamente. La ligadura, la excisión y la cauterización son medios infieles, pues van fatalmente seguidos de la recidiva.

La resección de la porción correspondiente al borde alveolar, sola ó precedida de la excisión del tumor, es el mejor pro-

cedimiento y el único que permite atacar francamente y de un modo cierto los límites del mal. Se practica con tenazas incisivas ó con un fuerte bisturí ú otro instrumento apropiado. La hemorragia que sigue á la operación generalmente no tiene importancia y se cohibe con agua fría ó hielo.

FORMULARIO

Re/. Acido crómico. } aa. . . . 2 gramos
Agua destilada }

M:

Para embrocaciones sobre el tumor.

Morshall.

Re/. Nitrato de plata. . . . 0'60 centígs.
Creosota . . . . 4 gramos

M. S. A.

Para el mismo uso.

Re/.	Iodo	0'60 centígs.
	Ioduro de potasio. . .	4 gramos
	Alcohol de 90°	30 »

M. S. A.

Para el mismo uso.

Re/.	Glicerina	8 gramos
	Percloruro de hierro. . .	1 gramo

M.

Para el mismo uso contra los hemorragias.

M. V.

Gangrena de la boca ó Noma.



Gangrena es la mortificación ó la cesación nutritiva de una porción más ó menos extensa de los tejidos.

El *noma* ó *gangrena de la boca* es una afección peculiar de la infancia que va precedida de ulceración en la mucosa: el lado de la cara correspondiente á la parte afectada se inflama, y pronto se manifiesta al nivel de la comisura labial ó en la cara interna de las mejillas, el color purpúreo de la *gangrena*, que aumenta gradualmente hasta ponerse negro. La mucosa se reblandece y los detritus que caen, descubren una ulceración profunda y negruzca. Á menudo la supuración se abre paso al través de la mejilla y se comunica con el exterior de la boca, y el síntoma precursor es una mancha azulosa que se

manifiesta en la mejilla. Las regiones vecinas están edematosas, el aliento fétido, y se observan fenómenos generales muy graves, como fiebre, abatimiento, signos de intoxicación, etc.

Esta afección puede ser primitiva ó secundaria: en el último caso los síntomas se confunden con los de la afección anterior y concomitante. La lengua se pone á veces tumefacta, las encias y los dientes se destruyen, los alvéolos se denudan y sucesivamente el periostio y el hueso maxilar son atacados. Si, por último, se consigue la curación, es con pérdida de substancia.

En los casos precedidos por la ulceración, el primer período de la gangrena puede confundirse con la estomatitis úlcerosa; pero se observa que alrededor de la úlcera que inicia la *gangrena* hay engrosamiento ligero de las partes adyacentes, y la estomatitis ulcerosa principia por un

depósito sub-mucoso de fibrina y cura sin dejar escara, retracción ni deformidad en los tejidos. Ciertos síntomas ofrecen tambien confusión con los de la pústula maligna; pero ésta empieza por la piel y el *noma* por la mucosa.

Si el niño es robusto y la enfermedad se combate á tiempo, ésta puede contenerse, limitándose á destruir sólo la mucosa y los tejidos sub-mucosos; pero cuando tiene lugar la destrucción del periostio del hueso maxilar, sobreviniendo la necrosis de éste, la mejilla se perfora y el caso es grave. A veces se rompe algún vaso sanguíneo, produciendo una hemorragia abundante que acelera el desenlace fatal, pero sucede muy pocas veces, por la coagulación de la sangre.

Si la *gangrena de la boca* es circunscrita puede efectuarse la cicatrización, pero muy á menudo los niños mueren en el marasmo, ó son árrebatados por una en-

fermedad intercurrente. Según Rilliet y Barthez, durante el curso del *noma,* es muy frecuente la aparición de la pneumonia.

ETIOLOGÍA. La gangrena bucal suele atacar á los niños debilitados y caquécticos, víctimas de la miseria. Suele ser consecutiva á las inflamaciones pulmonares é intestinales, á la coqueluche y á las fiebres.

Rilliet y Barthez han publicado un cuadro en que aparecen noventa y ocho casos de *gangrena bucal* consecutivos á varias afecciones que parece predisponen á la primera.

En	49	casos	fué	precedida	de	sarampión.
»	5	»	»	»	»	escarlatina.
»	6	»	»	»	»	coqueluche.
»	9	»	»	»	»	fiebre intermitente.
»	7	»	»	»	»	estomatitis mercurial.
»	5	»	»	»	»	enteritis.

De estos datos se deduce que las causa
más frecuentes del *noma* son las fiebre
exantemáticas, entre las que se distingu
el sarampión por la frecuencia con que l
estomatitis se asocia á dicha afección, y s
convierte, de simple, en ulcerosa, dejand
la boca del niño en condiciones propia
para el desarrollo del *noma*.

Entre los elementos etiológicos de est
afección se distingue la *caquexia paupe-
rum*, adquirida por el conjunto de condi
ciones anti-higiénicas que trae consigo l
miseria, como mala alimentación, sucie-
dad y habitaciones húmedas é insalubres
En estas condiciones puede el *noma* desa-
rrollarse ya expontáneamente ó en pos d
una bronquitis, de una pneumonia ó d
una disenteria, cuyas afecciones acentúa
el decaimiento de fuerzas.

TRATAMIENTO. Lo primero que proce-
de es contener la *gangrena*, despues s
acelera el desprendimiento de la escara

y por último se procura producir un estado sano y granuloso en los tejidos inmediatos. Se consigue limitar la *gangrena* por medio de embrocaciones de agentes cáusticos, como ácido nítrico fumante, ácido fénico diluido ó licor de percloruro de hierro. Las pomadas de alcanfor, aplicadas sobre la parte afectada, tambien ofrecen buen resultado.

Cuando las partes blandas se han transformado en escara, debe usarse el cauterio actual. Más tarde se separa con el bisturí la parte mortificada, limitando la sección en el tejido normal. Pocos días después de la operación, los bordes de las úlceras suelen á veces presentar un buen aspecto, con granulaciones normales; pero debe desconfiarse de las apariencias, pues hay niños que fallecen en medio de los síntomas de un colapso repentino ó á consecuencia de graves complicaciones, como diarrea, bronco-pneumonia, etc.

Todas las precauciones higiénicas y los procedimientos de antisepsia serán pocos durante el curso de esta afección. Se harán enjuagatorios constantes de disoluciones de ácido bórico, salicílico ó túnico, cubriendo la superficie cruenta con algodón embebido en vino alcanforado, y cuando la curación esté asegurada se administrarán enjuagatorios estimulantes, como tintura de mirra, y otros.

Como tratamiento interno se preconizan los tónicos acompañados de una alimentación nutritiva, como buenos caldos, jugo de carne, leche, vino de peptona, de quina, etc.

FORMULARIO

Re/.	Cloruro de cal	2	gramos
	Jarabe de corteza de quina	10	»
	Mucílago de goma arábica.	300	»

M.

Para embrocaciones.

Angelot.

Re/. Permanganato de potasa . 4 gramos
Agua destilada . . . . . . 300 »
M.

Para embrocaciones.

Bardeleben.

Re./ Sulfato de quinina . . 0'50 centígs.
Eter sulfúrico diluido . X gotas
Azúcar blanco . . . . . 15 gramos
Agua de canela. . . . . 120 »
M.

Poción para tomar una cucharadita cada tres horas.

Condié.

Re/. Cloruro de cal . . . . 0'30 centigs.
» » sosa liquido XIII gotas
Jarabe simple . . . . 8 gramos
M.

Poción para dar á los niños de 6 años una cucharada cada tres horas.

Dunglison.

Re/. Creta precipitada . . . 2'50 centígs.
Ipecacuana . . . . . . 0'20 »
Acetato de plomo. . . 0'80 »
Opio pulverizado . . . 0'10 »
M.

Se divide en 16 partes de las cuales se tomará una cada cuatro horas.

Velpeau.

Re/.	Polvos de azafrán	10 gramos
	Acido sulfúrico	20 »

M.

Cáustico.

Velpeau.

Re/.	Acido clorhídrico . . .	3 gramos
	Permanganato de potasa	0'30 centígs.
	Miel rosada	20 gramos

M. S. A.

Para embrocaciones.

Re/.	Clorato de potasa . . .	15 gramos
	Creosota	0'50 centígs.
	Miel rosada	50 gramos
	Decocción de quina. . .	300 »

M. S. A.

Para enjuagatorios.

Re/.	Clorato de potasa	4 gramos
	Jugo de limón	30 »
	Agua destilada	200 »

M. S. A.

Poción para tomar una cucharada cada tres horas.

M. V.

Neuralgia facial.



La *neuralgia facial* se caracteriza por un vivo dolor producido en la cara por la irritación del nervio *trigémino* ó *quinto par*, cuyas tres ramas pueden ser afectadas á la vez, aunque generalmente la irritación sólo se limita á una de ellas. Si la rama afectada es la *oftálmica*, el dolor se irradia por el párpado, la frente y el ángulo del ojo; si es la *maxilar superior*, tiene su asiento en la mejilla, en los dientes superiores y en el ala de la nariz; y si es la *maxilar inferior*, se circunscribe en el labio, en los dientes inferiores y en el mentón. Otras veces, cualquiera que sea su asiento, se extiende hasta la nuca, el cuello, los hombros y los brazos.

Cuatro son los principales puntos del trayecto de los nervios en que el foco

del dolor se fija: el punto de emergencia del tronco nervioso; la parte en que un filete nervioso atraviesa el músculo para aproximarse á la piel, en la cual termina; el punto en que las ramas terminales de un nervio vienen á concluir en los tegumentos; y las partes en que los troncos nerviosos, á consecuencia del trayecto que tienen que recorrer, se hacen superficiales.

El dolor es á veces de origen periférico, partiendo de una de las ramificaciones del nervio y comunicándose á los demás y al tronco, como sucede en la odontalgia en que, afectado el filete nervioso correspondiente á una muela cariada, se propaga á todos los demás, fijándose el dolor en todo un lado de la cara. Ejerciendo presión sobre el trayecto del nervio, se despierta el dolor ya adormecido, y, por el contrario, se alivia el que antes se experimentaba.

Precede al dolor *neurálgico* una sensa-

ción de frío ó quemazón con punzadas y hormigueos: este dolor es contínuo, sordo, contusivo, y por intérvalos sobrevienen latidos violentos que atraviesan los tejidos cual corrientes eléctricas. Además del dolor, el enfermo ofrece otros síntomas: cara encendida, congestionada, bultuosa; las arterias laten con fuerza; el ojo del lado afectado está inyectado, tumefacto, lagrimoso; la vista se encuentra momentáneamente abolida, cuando la *neuralgia* tiene su asiento en la rama *oftálmica,* y el ptialismo es muy abundante.

La duración de la *neuralgia facial* está subordinada á la causa productora. Si depende de una lesión orgánica, durará aquélla mientras ésta persista. Cuando es de origen palúdico tiene accesos periódicos, generalmente cotidianos.

Etiología. Las causas pueden dividirse en tres órdenes: intrínsecas, extrínsecas y constitucionales.

Causas intrínsecas. Son las inflamaciones ó la congestión del nervio, su infiltración edematosa, su picadura, contusión ó dislaceración. Una impresión fría provoca la neuralgia y consiste, según opinión que tiende á prevalecer en la ciencia, en que determina una hiperemia ó congestión activa de las túnicas del nervio.

Causas extrínsecas. Son las impresiones ó irritaciones que el nervio sufre por la influencia de tumores situados en su inmediación. Entran tambien en el número de estas causas los tumores de la base del cráneo, y las lesiones óseas, como cáries, fracturas, osteo-periostitis, cáries dentaria, heridas y cicatrices.

Causas constitucionales. La *neralgia facial* es muy frecuente en las personas anémicas y palúdicas. Para que un nervio funcione bien es preciso que la sangre que lo alimenta se encuentre en buenas

condiciones, lo cual no sucede cuando la salud está alterada.

La *neuralgia facial* se confunde fácilme con la odontalgia, porque ambas afecciones son de una misma naturaleza; pero el diagnóstico se precisará observando que la odontalgia no va acompañada del espasmo de los músculos de la cara.

Tratamiento. Esta afección es con frecuencia muy rebelde y por eso se han preconizado tantos remedios; pero lo más importante es reconocer con acierto la causa productora para combatir con buen éxito sus efectos. Si el origen de la *neugia* es palúdico se administrará al interior el sulfato de quinina; si es de origen sifilítico reclama el ioduro de potasio; si es reumático ó gotoso se preconizarán los alcalinos y los baños de vapor, y si la afección va asociada á la cloro-anemia se emplearán los ferruginosos. Para calmar los dolores se emplearán las preparaciones

opiadas, las de belladona, aconitina, cloral, cloroformo, éter, bromuro de potasio, analgesina, y, sobre todo, los pequeños vegigatorios volantes.

Es preciso explorar minuciosamente la boca, por si la causa de la *neuralgia facial* reside en alguna afección dentaria, en cuyo caso se tratará ésta con escrupulosidad, teniendo cuidado de no incurrir en deplorables errores que, sin provecho alguno, puedan causar la pérdida de algún diente sano.

FORMULARIO

Re/.	Alcoholàto de toronjil . .	50 gramos
	Tintura de acónito . . .	10 »
	Cloroformo	5 »

M.

Para fricciones.

Cuenéan de Mussy.

Re/.	Mentol	0'75 centígs.
	Cocaina.	0'25 »
	Cloral	0'15 »
	Vaselina	5 gramos

H. S. A.

Pomada. *Galezowski.*

Re/. Hidrato de cloral . . . . . 2 gramos
Jarabe de cerezas . . . . . 50 »
Agua destilada . . . . . . 150 »
M.

Poción para tomar una cucharada cada hora.

Delioux.

Re/. Antipirina. . . . . . . 10 gramos
Clorhidrato de cocaina . 0'15 centigs.
Agua destilada . . . . 12 gramos
M.

Para inyecciones hipodérmicas.

G. Sec et Capitan.

Re/. Glicerina }
Alcohol . } aa . . . . . 4 gramos
Aconitina . . . . 0'01 centíg.
Agua de menta. . . . 60 gramos
M.

Poción para tomar tres cucharadas diarias.

Leguin.

Re/. Estracto de belladona . . 2 gramos
» » beleño . . . 3 »
» » opio . . . . 1 gramo
Vaselina . . . . 25 gramos
H. S. A.

Pomada.

Re/. Albúmina. .} aa. . . . . . 10 gramos
Cloroformo }
Estracto de nicociana . . 2 »
Vaselina . . . . 15 »
H. S. A.
Pomada.

Re/. Tintura de coca} aa . . 2 gramos
Cloroformo . . }
Aconitina . . . . 0'05 centígs.
Vaselina . . . . 15 gramos
H. S. A.
Pomada.

Re/. Sulfato de quinina . . 1 gramo
Estracto de valeriana . 1 »
» » tebaico . . 0'05 centígs.
Oxido de zinc . . . . . 1 gramo
H. S. A.
Para quince píldoras, de las que se tomarán cinco diarias.

Re/. Estracto fluido de quina . . 10 gramos
Vino generoso dulce. . . 700 »
M. S. A.
Para tomar una cucharada en cada comida.

M. V.

Fetidez del aliento.

La *fetidez del aliento* se observa hasta en los individuos sujetos á la más rigurosa higiene, porque su origen proviene muchas veces de causas agènas al estado patalogico de la boca y á las condiciones anti-higiénicas de ésta.

ETIOLOGÍA. Las causas pueden consistir en el estado patológico de los órganos respiratorios, en el de los digestivos, en las lesiones intra-bucales y en la falta de higiene bucal.

Cuando la *fetidez* proviene del estado patológico de los órganos respiratorios es más pronunciada durante la respiración. En las afecciones intra bucales hay menos fetidez que en las del estómago, que son la dispepsia, la ulceración simple, el cáncer, el catarro gástrico, etc.

La *fetidez del aliento*, la hipersecreción salivar y la insensibilidad gustativa son fenómenos que acompañan á todas las formas de estomatitis. Las flegmasias del sistema dentario con destrucción de la pulpa ó supuración del periostio, y la falta de higiene bucal, provocan tambien la *fetidez del aliento*.

Tratamiento. El tratamiento se funda en el diagnóstico etiológico de la *fetidez*, ya proceda de los órganos respiratorios, de los digestivos ó de la boca.

FORMULARIO

Re/.	Tintura de canela . . .	3 gramos
	Salol.	0'50 centígs.
	Esencia de menta. . .	0'10 »
	Alcohol.	100 gramos

M.

Dentrífico.

Scheff.

Re/. Tintura de ratania . . 10 gramos
Timol . . . . 0'30 centígs.
Esencia de menta. . . 0'50 »
» » cariofilata . 1 gramo
Alcoholato de coclearia. 30 gramos
M.

Se usan diez gotas en un vaso de agua, para enjuagatorios.

Schlenker.

Re/. Tintura de mirra . . . . 10 gramos
Permanganato de potasa. . 1 gramo
Glicerina . . . . 10 gramos
Infusión de salvia. . . . 100 »
M. S. A.

Para enjuagatorios.

Re/. Tintura de mirra . . . . 10 gramos
Bicarbonato de sosa . . . 5 »
Esencia de anís. . . . . X gotas
» » canela. . . . X »
Agua de menta . . . . . 100 gramos
M. S. A.

Para enjuagatorios.

M. V.

Anomalias de la arcada dentaria.

Se observa gran variedad de anomalias en la arcada dentaria, y las más frecuentes son: anteversión y retroversión de la arcada dentaria superior, separación de la parte anterior de los arcos alveolares y boca de forma aguda.

Anteversión de la arcada dentaria superior. Esta variedad consiste en la desviación hacia delante de la parte anterior, y reconoce por causa la erupción tardía de los molares ó la cortedad de las ramas ascendentes del maxilar inferior.

Retroversión de la arcada dentaria superior. Esta anomalía consiste en la desviación hacia atrás de la parte anterior, variedad más frecuente y generalmente hereditaria que suele reconocer por

causa la escasa longitud del diámetro antero-posterior del maxilar superior y la exagerada prolongación del cuerpo del maxilar inferior.

Tratamiento. Cuando la deformidad es poco pronunciada y el individuo es joven, desaparece casi siempre sin la intervención del arte dentístico; pero si es exagerada requiere la aplicación de los aparatos que en estos casos se usan, los cuales consisten en casquetes que se aplican perfectamente sobre la coronilla con unos tirantes de presión sujetos á una pieza de gutapercha bien adaptada al maxilar afectado.

La construcción de estos aparatos ha de ser apropiada á las exigencias de cada caso, y usándolos un tiempo más ó menos prolongado se consigue muchas veces corregir la deformidad.

Separación de la parte anterior de los arcos alveolares. Esta anomalía,

en que los incisivos están separados de sus antagonistas, coincide siempre con el aumento de altura de su parte porterior y una oblicuidad exagerada de su rama ascendente. Esta deformidad puede ser debida á la tracación ejercida por cicatrices viciosas sobre el mentón y sobre la parte anterior del maxilar inferior.

TRATAMIENTO. El Dr. Thomas ha tratado con buen éxito un caso, ejerciendo una presión constante de abajo arriba sobre el maxilar inferior por medio de un aparato igual al citado anteriormente; pero con los tirantes colocados de modo que pudieran ejercer la presión en sentido casi perpendicular.

BOCA DE FORMA AGUDA. Esta deformidad consiste en que el arco dentario, en lugar de describir una curva parabólica, simula el vértice de un ángulo agudo. La deformidad puede afectar los dos maxilares; pero es más frecuente en el superior.

La bóveda palatina es acanalada y profunda en la parte anterior, de donde resulta un defecto de extensión de las fosas nasales que obliga al individuo á respirar con la boca abierta.

Según Langoon Doun esta deformidad es casi constante en los idiotas y podria servir para diagnosticar el idiotismo congénito del idiotismo adquirido.

Tratamiento Si la deformidad es poco pronunciada y el individuo es joven, puede intentarse la corrección por medio de aparatos de presión gradual y progresiva apropiados al caso.

Clasificación de los dientes.



Los dientes, según sus elementos constitutivos, son más ó menos susceptibles á la invasión morbosa de la caries, y de ahí que hayan sido divididos en dientes de primera, segunda y tercera clase, sesegún su color, forma, tamaño, estructura, etc.

PRIMERA CLASE. Los dientes que pertenecen á esta categoría son blancos y brillantes, con un ligero color de crema cerca del cuello, y cuyo color se hace cada vez más pronunciado á medida que el individuo avanza en edad. Tienen un tamaño mediano; son más bien cortos que largos, y tienen las puntas cuadradas y delgadas, siendo moderadamente duros y

compactos. Esta clase de dientes se observa en las personas saludables; ofrecen gran resistencia á los agentes productores de la caries, y cuando son atacados, ésta es de la variedad *seca*, la cual progresa muy poco y puede persistir largo tiempo estacionaria sin causar la más leve molestia.

SEGUNDA CLASE. Los dientes de esta división tienen una apariencia azulosa y son algo más voluminosos y estrechos que los anteriores, teniendo sus puntas prominentes y afiladas. Estos dientes son muy sensibles y se hallan expuestos á la caries por la friabilidad de sus tejidos, los cuales son invadidos fácilmente por los agentes corrosivos que hacen al diente víctima de sus estragos. Esta variedad de caries se llama *húmeda*, y avanza rápidamente, destruyendo en poco tiempo la mayor parte de la corona. Se observa en los individuos de constitución débil y de tempera-

mento linfático, principalmente en las mujeres.

TERCERA CLASE. Los dientes pertenecientes á este grupo son generalmente denominados *malos, endebles,* é *irregulares,* y ofrecen un color blanco, turbio ó quedoso, con manchas, curvas ó rugosidades en su superficie: unas veces son muy largos y angostos y otras muy pequeños.

La friabilidad de sus tejidos es más pronunciada, por lo cual son casi siempre detenidos en poco tiempo por la caries, la denudación ó la erosión. Esta clase de dientes se observa en los individuos de constitución raquítica y escrofulosa.

Anomalías de los dientes.



Las *anomalias* que pueden afectar á los dientes son innumerables; pero sólo citaremos los más frecuentes.

Anomalía por defecto. Esta consiste en la ausencia de uno ó más dientes en la arcada dentaria, ya porque el órgano, aunque bien desarrollado, no ha tomado sitio en la línea alveolar, ó ya porque hay ausencia completa ó relativa de desarrollo.

Anomalía por exceso. El exceso de los dientes permanentes es á veces sólo aparente, pues consiste en la persistencia de algún temporal; pero cuando éste se extrae cede el lugar correspondiente á los permanentes desviados: otras veces estos realmente se exceden en número y vemos en un mismo maxilar tres caninos, tres incisivos, once ó más molares, etc.

Los dientes excesivos se llaman *super-*

numerarios, y cuando están situados en la fila alveolar y la arcada es suficiente extensa para alojarlos, no es necesaria la intervención quirúrjica; pero si algunos están comprimidos y desviados de la línea que les corresponde y el indíviduo es joven, se impone la extracción de los que el caso requiera; pues la tendencia de los demás á ocupar su natural posición, y la erupción de los últimos molares, restablecerá la regularidad, disimulando el espacio que dejan los dientes extraidos.

Hemos observado casos de un incisivo supernumerario situado en la parte anterior de la bóveda palatina, cuyo incisivo era de escaso volumen y de forma cónica, propiedades características de todo diente anormal, por su evolución laboriosa y su nutrición imperfecta. Se ha observado que se desarrollan por mamelones que nacen del bulbo dentario, separándose consecutivamente. Estos dientes forman á veces

cuerpo con los normales, y hace poco tiempo que tuvimos oportunidad de observarlo en una señorita á quien se extrajo un diente que constaba de canino y premolar, ambos soldados perfectamente desde la corona hasta la raiz, siendo ésta de forma mamolonada y de mayor diámetro que la corona.

Anomalía de posición. Se llama así el diente afectado de desviación ya en la corona solamente, ya en la raiz ó en su totalidad. Cuando la posición de la corona es muy inclinada ú horizontal, reclama suma vigilancia, porque puede ulcerar y perforar el carrillo para salir á la parte exterior, como ya han sucedido casos; pero antes que llegue el paciente á tan lamentable estado, la estracción inmediata se impone.

Hemos presenciado el caso de un cordal superior abarcado en sus tres unidas raices por las tres del molar inmediato, observando éste una posición oblícua.

Atrofia dentaria.



Los dientes, en via de evolución y bajo la influencia de accidentes morbosos, pasan por altèrnativas de buena y mala nutrición. Llegado el órgano á su completo desarrollo presenta surcos y crestas transversales: los surcos corresponden á las épocas de la enfermedad y las crestas á los períodos de buena salud de la madre ó del hijo, según se trata de dientes temporales ó permanentes. Como estas *atrofias* están casi siempre bajo la dependencia de enfermedades constitucionales, resulta que son generales á todos los órganos en via de desarrollo, en la misma época y por consecuencia simétricos.

Los dientes reciben una influencia particular de la sífilis hereditaria; pues tienen un color sombrío, opaco, y son pe-

queños: en la superficie presentan depresiones y eminencias irregulares: los incisivos se distingen por la escotadura de la corona, cuyo borde libre presenta una hendidura transversal, provista algunas veces de hendiduras secundarias: el vértice de los caninos ofrece una escotadura circunferencial que rodea la punta de la corona.

La superficie rugosa é irregular de los dientes atrofiados es lustrosa y pulida, particularidad que distingue esta afección de la erosión. El márgen de las encias y el borde alveolar son tambien susceptibles de los fenómenos atróficos, debido á causas constitucionales y locales que alteran la perfecta nutrición de los tejidos. Aunque esta *atrofia* se observa en la gingivitis expulsiva y en la periostitis crónica, de las cuales es un síntoma, tiene á veces lugar sin la intervención de estas dos afecciones.

Cuando la avanzada edad ha provocado la caida de los dientes, la *atrofia* progresiva que se verifica entonces no se limita á los alvéolos, sino que se extiende al maxilar inferior hasta las inserciones musculares, y al superior hasta la proximidad de la bóveda palatina; al mismo tiempo los huesos se adelgazan por reabsorción de sus láminas externa ó interna.

Etiología. Sobre la estructura de los dientes tiene el raquitismo poca influencia; pero retarda su aparición.

Una causa capaz de destruir ó impedir el lazo de unión entre el esmalte y la dentina subyacente, puede producir la *atrofia* de los dientes. Este lazo de unión puede ser alterado por una nutrición viciada, originada de la enfermedad de la membrana de la pulpa, de la cutícula del esmalte ó de ambas á la vez, y cuya enfermedad depende de causas locales ó constitucionales. Pues la cutícula está

compuesta de fibras que corresponden en forma y colocación á las del esmalte, y cada una de ellas es un conducto secretorio, cuya función particular es segregar la fibra correspondiente del esmalte: si alguna enfermedad constitucional interrumpe la secreción de los constituyentes inorgánicos por algún tiempo, producirá por consecuencia la *atrofia*.

Tratamiento. Esta afección no admite cura y el tratamiento es más bien preventivo que curativo. Se procurará mitigar la severidad de las afecciones que se sospecha producen la *atrofia*, con lo cual pueden ser contrarrestados sus efectos sobre los dientes. Las puntas de los incisivos afectadas pueden regularizarse con la lima.

Hipertrofia ó tumores de los dientes.



Esta afección está caracterizada por unas excrecencias huesosas de volumen considerable que se desarrollan á expensas de la corona ó de las raices de los órganos dentarios, bajo la dependencia de una causa general ó local.

Cuando la anomalia es común á todos los dientes de una misma serie, como incisivos, bicúspides ó molares, procede de una causa general que ha ejercido su influencia sobre todos los órganos en via de desenvolvimiento en una época dada. Con menos frecuencia resulta de una irritación local, en cuyo caso se limita á un solo diente, ofreciendo sólo accidentes graves cuando se trata de la erupción laboriosa de uno de estos órganos y principalmente de la del cordal.

Odontoma coronario. Este tumor es el resultado de una hipertrofia circunscrita del esmalte y de la dentina, y con mas frecuencia de ésta sola, dependiendo de una irritación formativa en un punto limitado del bulbo dentario mientras la corona adquiere su desarrollo.

Estos tumores ocupan con preferencia una de las caras de los bicúspides y tienen la forma de pequeñas elevaciones irregularmente redondeadas y cubiertas de surcos ó depresiones, (Figura 2.ª) en cuyo fondo se descubre una pequeña mancha obscura, que es el orificio externo de una cavidad sin comunicación con la de la pulpa, y en la que las partes están en toda su extensión cubiertas de esmalte: estas cavidades existen en gran número.



Odontomas radiculares congénitos. Estos tumores son producidos por una

irritación formativa circunscrita de la pulpa durante el período radicular. Se han citado muy pocos casos.

Son excrecencias voluminosas, lobuladas é irregulares, que á veces engloban completamente la raiz ó raices, y otras veces se desarrollan en la parte lateral de éstas.

(Figura 3.ª)



El producto morboso al principio está constituido por una vegetación hipertrófica, que, apesar de no estar reunida más que por un pequeño pedículo con el resto de la pulpa, adquiere un volumen considerable, cubriendo una porción más ó menos extensa del diente ó de la raiz. Situada esta excrecencia morbosa en el saco dental, recibe más tarde en su superficie un revestimiento de cemento, mientras que por otro lado la capa de células odon-

toblastas que la tapiza, se calcifica. Esta capa se atrofia y desaparece, cesando la producción del marfil y formándose solo tejido óseo.

En su mayor parte, y en ciertos puntos, estos tumores están tambien constituidos casi exclusivamente por tejido cementoso, más vascular y más rico en células óseas que el cemento normal, y por eso Virchow les ha dado el nombre de *osteomas* ó *exóstosis dentario;* pero Broca los designa con la denominación de *odontomas.*

Suelen estar provistos á veces de muchas cavidades irregulares sin comunicación con la de la pulpa, resultando que la excrecencia se ha reabsorbido en ciertos puntos sin experimentar la calcificación.

Odontomas radiculares adquiridos. Estos tumores son verdaderos *exóstosis* que reconocen como origen una irritación local, como la periostitis alvéolo-dentaria ó una obturación intempestiva, princi-

palmente una orificación.

Los exóstosis cementosos son más frecuentes en las raices de los molares permanentes, y su estructura no difiere del cemento normal ni del *odontoma radicular congénito:* este sólo puede distinguirse del *exóstosis* mediante un corte longitudinal que permite observar que el *exóstosis*, por muy adherente que sea, está simplemente yustapuesto y puede separarse por la maceración, mientras que en el *odontoma radicular congénito* no existe la menor línea de demarcación entre él y la raiz.

El tejido óseo de nueva formación ofrece una capa más ó menos gruesa alrededor de la raiz, en cuya extremidad presenta mayor espesor. Las raices de un diente y aun de los inmediatos se encuentran reunidas y englobadas en el tumor cementoso.

En el capítulo que trata de «**Anomalias de los dientes**» citamos el caso de un cor-

dal superior abarcado por las tres raices del molar inmediato, las cuales se hallaban incrustadas en un tumor cementoso de poco volumen formado en las raices del cordal.



(Figura 4.ª)

Los síntomas de los tumores radiculares son vagos, porque su volumen no es bastante considerable para que presente señales marcadas al nivel del borde alveolar; pero cuando se inflama el saco que contiene el *exóstosis*, el diagnóstico se hace más fácil.

Los fenómenos dolorosos y los accidentes nerviosos se confunden con los que provocan la periostitis crónica y la pulpitis. El dolor, que despiertan la percusión metálica y las irrigaciones alternativamente calientes y frías, permitirá distinguir el órgano *exostosado*.

Tratamiento. Debe dirigirse el trata-

miento contra la causa productora de la afección. Se combate la periostitis alvéolo-dentaria con revulsivos y el masage de las encias, y se quitan las obturaciones que se sospecha sean causa del mal; pero generalmente estos medios son ineficaces y la operación quirúrgica se impone.

Tratándose de un *odontoma coronario*, que es el tumor de menos importancia, se hará la avulsión del diente sólo cuando éste haya desarrollado ulceraciones en la lengua ó en los carrillos.

La avulsión del *odontoma radicular* ofrece serios inconvenientes, principalmente cuando el engrosamiento del tumor tiene mayor espesor en la extremidad de la raiz que en el cuello del diente. En este caso se hace preciso cortar una porción del alvéolo para extraer con menos dificultad el órgano *exostosado*.

Se ha preconizado el ioduro de potasio al interior para contener el depósito de materia huesosa y excitar la absorción.

Sarro ó tártaro de los dientes.

Este es el nombre aplicado á las concreciones de consistencia más ó menos dura que se forman sobre la superficie de los dientes.

El *sarro* ó *tártaro* se compone esencialmente de sales calcáreas, fosfatos y carbonatos, láminas epiteliales, ptialina, mucina, grasa, infusorios del género *vibrio* y *monas*, etc.; pero difiere algo en composición, consistencia y color, según el estado constitucional y los hábitos del individuo en cuyos dientes se forma, y de ahí la imposibilidad de dos análisis químicos exactamente iguales, aunque se verifiquen en un mismo individuo, pero en diferente época; porque los elementos constitutivos del *sarro* están en relación con la salud del individuo: si ésta se altera, aquél contiene menos sales minerales

y más substancias orgánicas, como fragmentos epiteliales, restos alimenticios, microorganismos, etc.

El *tártaro* ó *sarro* formado en corto espacio de tiempo es blando y amarillo; el formado con lentitud es duro y obscuro; negro en los fumadores, y verdoso el que se forma en los dientes cuyas encias supuran. Estas concreciones tártricas, se acumulan con preferencia en la cara externa de los molares superiores, frente á la desembocadura del conducto de Sténon, por donde la glándula *parótida* envia á la boca la saliva de la *masticación*, y en la cara posterior de los incisivos, caninos y premolares inferiores, ó sea cerca de los canales de Waston y Rivinus, por donde las glándulas *sub-maxilar* y *sub-lingual* envian á la boca la saliva de la *gustación* y la de la *deglución* que respectivamente segregan.

Las concreciones *sarrosas* que se acu-

mulan sobre los dientes son á veces tan voluminosas, que la corona de éstos queda sepultada bajo una masa informe. El *tártaro* formado con lentitud y en individuos saludables es seco, duro, de poco volumen y presenta la superficie lisa y bruñida por el constante y prolongado roce de la lengua, los carrillos y los labios.

Estos depósitos, lejos de afectar la corona de los dientes, preservan de la caries la parte que cubren; pero su influencia perniciosa sobre las encias causa alteraciones morbosas de serias consecuencias; pues se reblandecen, se ponen tumefactas y rubicundas, y sus márgenes supuran y se desprenden del cuello de los dientes, constituyendo la *gingivitis simple.* Como consecuencia el borde alveolar y el periostio alvéolo-dentario pueden ser consecutivamente atacados, y si la constitución del individuo es pobre y viciada, en cuyo caso el *sarro* es tambien de malas condicio-

nes, se determina en un período de tiempo más ó menos prolongado la *gingivitis expulsiva*, produciendo paulatina y progresivamente la destrucción gradual de las eminencias alveolares y del periostio alvéolo-dentario; desarrollando tumores y excrecencias esponjosas en las encias, y provocando á veces la necrosis del maxilar y por último la caida de los dientes.

La influencia nociva del *sarro* obra también sobre el estado general, porque el pus que provoca en las encias vicia los fluidos de la boca, y el aliento se vuelve fétido, lo cual es causa de que las digestiones se alteren, verificándose de un modo laborioso.

Etiología. El *sarro* ó *tártaro* reconoce como causa el precipitado de las sales calcáreas que contiene la saliva, y cuyo precipitado se verifica cuando la secreción del medio bucal es alcalino y disposiciones anatómicas ú otras impiden que se di-

suelva á medida que se forma.

Despues que la saliva ha permanecido en la boca algunos momentos adquiere nuevas propiedades, según la constitución del individuo y la integridad de la membrana mucosa ó de alguna de las partes que cubre.

La saliva es un líquido más ó menos viscoso y filamentoso, mezclado con vesículas de aire y segregado por las glándulas parótida, sub-maxilar y sub-lingual y difiere algo en su composición según la glándula de donde procede. La saliva segregada por la parótida es clara, alcalina, compuesta de agua, partes sólidas, albúmina, sulfo-cianuro de potasio, ácido carbónico, cloruro de potasio, cloruro de sodio y carbonato cálcico; la saliva procedente de la sub-maxilar es clara, blanquizca, filamentosa, de reacción alcalina, sin substancias morfológicas; contiene sulfo-cianuro de potasio y tiene un po-

der sacarificante muy rápido.

La saliva encierra una substancia orgánica azoada, bastante mal caracterizada, forma particular de albúmina que se llama *ptialina* ó *diastara animal*. Esta substancia goza de la propiedad de transformar en *glucosa* el *almidón*; es un fermento soluble, de naturaleza albuminoidea.

TRATAMIENTO. Primeramente se elimina todo el *sarro* adherido á los dientes, procurando no herir la cutícula ni el esmalte, porque el más leve rasguño en éste constituiria un principio de caries inmediato. Después de eliminado se pasa una paletica de naranjo con polvos finos de piedra pómez sobre las superficies para completar el desprendimiento de todas las partículas.

Los ácidos disuelven fácilmente el *tártaro*, pues se ha observado que individuos en cuyos dientes abundaba, después de padecer la fiebre tifóidea ú otra afección

que comunica á la saliva la reacción ácida, ha sido completamente disuelto, dejando enteramente limpio el esmalte; pero eso mismo prueba cuan nocivos le son los ácidos por su tendencia á corroerlo, por lo cual están contraindicados en la limpieza de los dientes.

A pesar de una higiene rigurosa, en ciertos individuos predispuestos á la formación del sarro, se hace dificil evitarla por completo, y como el contacto permanente de estos depósitos produce generalmente irritación y tumefacción en las encias, conviene, despues de eliminarlos, sangrar éstas con el bisturí, favoreciendo la emisión sanguínea con enjuagatorios de agua tibia. Por último se hacen embrocaciones de tintura de iodo en las encias, con cuyo revulsivo se activa la circulación sanguínea, atrayendo toda irritación del centro á la periferia.

Por la mañana, despues de cada comida

y por la noche, deben lavarse los dientes con un cepillo suave y jabón de Castilla legítimo ó polvos antisépticos, enjuagándose después la boca con elíxir.

FORMULARIO

Re/.	Acido túnico.	0'25 centígs.
	» benzoico	2 gramos
	» fénico puro . . .	0'10 centígs.
	Glicerina neutra . . .	6 gramos
	Tintura de eucaliptus .	0'15 centígs.
	Esencia de menta. . .	1 gramo
	» » anis . . .	0'50 centígs.
	Alcohol de 40°	100 gramos

M. S. A.

Dentífrico. *A. Carnot.*

Re/.	Carbonato de cal. . / Lirio de Florencia . / Bicarbonato de sosa	aa .	30 gramos
	Azúcar de leche		25 »
	Polvo de quina gris / Canela.	aa .	20 »
	Salol.		5 »
	Esencia de menta / » » anis .	aa . .	XX gotas

H. S. A.

Polvo dentífrico. *M. V.*



Infiltración mucosa en el esmalte de los dientes.

La *infiltración mucosa*, que se verifica generalmente en el esmalte de la cara labial de los incisivos superiores, forma una mancha de color verde más ó menos vivo.

Según el sarro preserva de la acción de los agentes químicos la parte de la corona donde se deposita, el *moco*, por el contrario, produce sobre el esmalte una corrosión más ó menos acelerada según la consistencia de los dientes atacados y el tiempo que en ellos ha permanecido.

El *moco* es un producto que segregan los folículos de las membranas mucosas, y está constituido por agua, sales análogas á las de la sangre, substancia orgánica llamada *mucina*, glóbulos y úlceras epiteliales.

Los dientes de los niños, que no son

propensos á contraer depósitos tártricos ó sarrosos, son con preferencia los más atacados por la *infiltración mucosa*, la cual ha sido confundida con el sarro, fundándose probablemente en el color verdoso que tambien éste presenta en los individuos que padecen gingivitis crónica supurada, pues según van formándose las nuevas capas tártricas se impregnan del contenido purulento.

Etiología. La *infiltración mucosa*, se cree con fundamento que sea un depósito de *moco* cuando esta secreción es más ácida que lo regular, coincidiendo siempre la cantidad de *moco* acumulado en la superficie de los dientes con el aumento de excreción nasal en condiciones favorables para producir la afección que nos ocupa.

Tratamiento. Se procede á la separación de la *mancha mucosa*, para cuya operación se requiere más escrupuloso cuidado que para separar el sarro, porque, tra-

tándose de una película delgada que penetra en el esmalte, puede dañarse el diente.

Si la erosión causada por la *infiltración mucosa* es de poca importancia, se quita con polvos finos de piedra pómez húmedos, y después que el diente ha adquirido su color natural se bruñe la superficie afectada con un instrumento apropiado.

Cuando el esmalte ha sido corroido hasta cierta profundidad se regularizan con pinceles los bordes de la cavidad formada, tratándola con los antisépticos preconizados y obturándola con el material que el caso requiera.

FORMULARIO

Re/. Greda.		25	gramos
Crémor de tártaro }	aa . .	50	»
Azúcar blanco . . }			
Bicarbonato de sosa . . .		15	»
Lirio de Florencia. . . .		10	»
Esencia de menta		2	»

M. y H. S. A.

Polvos dentríficos. *M. V.*

Erosión dentaria.



Erosión dentaria es una afección producida por la estructura anormal de los tejidos del diente y especialmente del esmalte. El efecto corrosivo que en éste produce la infiltración mucosa lo predispone á la *erosión*, como ésta por consecuencia trae consigo la tendencia á la denudación y á la caries dentaria.

La *erosión dentaria* presenta tres variedades.

Primera variedad. Esta consiste en que el esmalte, sin que su brillantez se altere, presenta manchas irregulares de un color blanco lácteo ó amarillo obscuro.

Segunda variedad. Esta es la más frecuente y ofrece pequeños surcos y depresiones irregulares muy unidas entre sí. Estas sinuosidades pueden ser ama-

rillas ó del mismo color del esmalte.

TERCERA VARIEDAD. Difiere de las precedentes en que afecta á toda la superficie del diente, el cual no adquiere todas sus dimensiones, denotando su imperfecto desarrollo. Unas veces el borde libre de los dientes presenta una escotadura que Hutchinson y Parrot consideran como un signo patognomónico de la sífilis hereditaria, y otras veces falta gran parte de la corona, presentando ésta una especie de cavidad en la superficie triturante de los molares.

Se ha observado que las raíces de los dientes atacados de *erosión* ofrecen sinuosidades y líneas prominentes circulares, haciéndose nudosas y cortas.

ETIOLOGÍA. Algunos autores atribuyen la causa á afecciones escrofulosas y escorbúticas, y otros al repetido uso de cepillos duros ó á una reacción puramente química; pero lo más admitido es que hay una predisposición en el esmalte y en la den-

tina á destruirse por una atrofia molecular con pérdida de substancia, debida a un desarrollo imperfecto en su estructura, y á una acidez constante de la saliva y del líquido procedente de las glándulas y folículos mucíparos de los labios.

Magitot, Quinet y Rattier exponen como causa la eclampsia infantil.

Richardson considera la *erosión* como una consecuencia de las afecciones eruptivas, como viruela, escarlatina, sarampión.

Tomamos de una Revista de Ciencias Médicas lo siguiente:

«Una mujer, madre de cuatro hijos, los tres mayores vacunados, presentan la erosión en todos sus dientes permanentes; sin embargo no deben tenerse en cuenta porque su erosión podia depender de otras causas y nó de la vacuna. En el cuarto hijo, el menor, los dientes de leche (hecho excepcional) presentaban la erosión; los dientes permanentes, ya al exterior, por el

contrario íntegros. Preguntando á la madre supo el Dr. Richarson què algunos meses antes del nacimiento de su hijo había sido revacunada con buen éxito y què en el niño habían sido infructuosas, por tres veces, las tentativas de vacunación desde su nacimiento. El autor cree que *la vacunación de la madre antes del nacimiento del hijo, es la causa de la erosión de sus dientes temporales*. Por otra parte si esta vacunación, por decirlo así, indirecta, fué la causa determinante de la erosión, no es exagerado admitir que la vacunación directa puede aceptarse para esplicar la erosión de los dientes permanentes de los otros hijos».

Tratamiento. Lo primero que procede es combatir la afección general que ha provocado la *erosión*, bien sea la escrófula, el raquitismo, el escorbuto, etc., y con los remedios generales y un método higiénico constante en los dientes, se logra á

veces detener el progreso del mal.

Para combatir la acidez de la saliva se usan los enjuagatorios alcalinos de carbonato y clorato de potasa, bicarbonato y borato de sosa, clorhidrato de amoniaco, etc.

La leche de magnesia hidratada de Phillips, disuelta en agua, es de buen éxito para neutralizar el exceso de ácidos y producir una reacción alcalina de los fluidos bucales. Se disuelve una cucharadita en un poco de agua y se enjuaga la boca tres veces al día, con lo cual se consigue retardar la *erosión dentaria*, pues deja sobre la superficie del esmalte una capa alcalina que preserva de los ácidos durante algunas horas.

FORMULARIO

Re/.

Vino de Banyuls	250	gramos
Jarabe de corteza de naranja .	75	»
Fosfato de sosa	8	»
» » potasa.	4	»

M. S. A.

Poción para los niños de 5 á 12 años para tomar una cucharada despues de cada comida.

Viau.

Re/. Hipofosfito de sosa . . .	5	gramos
Fosfato de magnesia. . .	20	»
Jarabe simple	400	»

M. S. A.

Poción para tomar tres cucharadas diarias.

Re/. Bicarbonato de sosa } aa .	15	gramos
Clorato de potasa . }		
Salol.	5	»
Agua de menta	300	»

M. S. A.

Para enjuagatorios.

M. V.

Denudación dentaria.

Esta afección consiste en la pérdida gradual del esmalte, y ataca especialmente la superficie labial de los incisivos, caninos y premolares, formando en su cuello un surco horizontal que, despues de haber destruido el esmalte, penetra en la dentina subyacente, formando cavidad, la cual es una caries al fin, aunque de forma variada por su mucha extensión y poca profundidad. La forma del surco liso y horizontal, afectando varios dientes en su cuello, y el tiempo de duración, distinguen esta afección de la erosión y de la caries común.

Etiología. No han sido aun estudiadas satisfactoriamente las causas de tan singular afección; pero generalmente se atribuye á la acción del moco bucal aci-

dulado. Algunos autores han expuesto como causa excitante el uso del cepillo; pero nosotros no concedemos á éste suficiente influencia para que produzca efectos tan corrosivos: además tenemos muy observado que los más atacados por esta afección son los que menos cepillo é higiene usan. Lo más probable es que la acción de los ácidos bucales, asociada á la fermentación de los restos alimenticios depositados en el cuello de los dientes, constituya una de las causas que determinan la *denudación.*

TRATAMIENTO. La cavidad producida por esta afección, aunque extensa y superficial, puede obturarse con oro; pero es más conveniente emplear el cemento preparado algo papilloso para que se adhiera á la superficie y á los bordes.

Como remedio preventivo se usarán para enjuagatorios las preparaciones antisépticas y alcalinas.

FORMULARIO

Re/.	Manteca de cacao . . .	12 gramos
	Carbonato de cal . . .	20 »
	» » magnesia	25 »
	Jabón de potasa . . .	20 »
	Esencia.	4'75 centígs.

M.

Jabón alcalino.

Magitot.

Re/.	Creta	aa. . . .	40 gramos
	Carbonato de cal		
	Jabòn blanco de Castila	aa.	10 »
	Borax pulverízado . .		
	Glicerina		C. S.

M. y H. S. A.

Opiata dentífrica.

Re/.	Alcoholato de coclearia . .		50 gramos
	Clorato de potasa. .	aa .	25 »
	Bicarbonato de sosa		
	Salol		5 »
	Agua de menta		300 »

M. S. A.

Para enjuagatorios.

M. V.



Abrasión dentaria.



Con este nombre se ha designado cierta afección que consiste en el desgaste gradual y progresivo de la superficie masticatoria de los dientes, los cuales adquieren una apariencia truncada. Es poco frecuente y quizá por lo mismo no ha sido estudiada con el detenimiento que merece, surgiendo sólo entre los autores opiniones divergentes y poco satisfactorias; pero nosotros, que hemos tenido ocasión de estudiarla detenidamente, vamos á dedicarle la atención á qué es acreedora por su importancia.

Los progresos de esta afección son muy variados, pues mientras en ciertos individuos destruye en dos ó tres años la mitad dos terceras partes de la corona, en otros tarda diez ó doce en producir el mismo

efecto, siendo más ó menos lento el curso de la afección según la consistencia de los dientes que ataca y la intensidad del mal. El desgaste es progresivo hasta destruir por completo y con preferencia la corona de los incisivos, caninos y bicúspides de ambos lados, y algunas veces de un lado solamente, atacando tambien, aunque con menos frecuencia, la corona de los molares mayores sin que los demás dientes se alteren notablemente. Esta afección es propia sólo de los adultos.

Cuando la pérdida de substancia llega hasta la recámara de la pulpa, ya ésta se ha transformado en *ósteo-dentina*, que es un tejido de estructura análoga á la del cemento, y del que difiere, sin embargo, en color, describiendo la circunferencia que limitaba antes el canal radicular. Esta previsora operación de la economía evita las sensibles consecuencias que provocaría la exposición de la pulpa al exterior:

es una metamórfosis que la convierte en otra substancia dura é insensible, que, obturando los canales radiculares, los preserva de materias sépticas dispuestas siempre á provocar complicaciones graves, y robustece la raiz, que aun recibe del periostio alvéolo-dentario cierta vitalidad.

Etiología. Según afirman respetables autores, las causas de esta afección pueden ser químicas, fundándose en que si el producto de secreción de los folículos mucíparos de los labios, por su reacción ácida, ejerce particular acción sobre la cara labial de los dientes, pueden ejercerla también sobre la superficie masticatoria. Han expuesto otros que esta afección es el resultado de la acción de un agente químico suministrado por la extremidad de la lengua.

El Dr. Nuhn, médico alemán, describe una glándula que ha descubierto en el interior de la punta de la lengua; la re-

presenta con un gran número de conductores que se abren sobre ella á través de la membrana mucosa. Es considerada como una glándula mucosa, y se supone que en diátesis particulares segrega el moco acidulado que causa la *abrasión dentaria*. Pero lo más probable es que el líquido bucal atacara con preferencia el cuello de los dientes por estar más en contacto con él y tener el esmalte menos espesor en esa parte, y hemos observado que los individuos afectados de *abrasión* tienen generalmente el cuello de los dientes y las encias en estado normal.

Tenemos la plena convicción de que la *abrasión dentaria* no obedece á la acción del moco acidulado bucal, sino á una causa puramente mecánica, la cual consiste en cierto hábito persistente é instintivo que durante el sueño el indíviduo adquiere, imprimiendo á la mandíbula inferior, y por intérvalos, un movimiento trituran-

te que produce la enérgica fricción de los dientes contra sus antagonistas: este hábito predomina esencialmente en los individuos de excitabilidad nerviosa, obrando con mayor persistencia cuando más excitado se halla el sistema nervioso.

De ahí deducimos que el desgaste de la superficie triturante de los dientes ha sido impropiamente denominado *abrasión*, porque esta palabra se define en medicina diciendo que *es la ulceración superficial de las membranas*, y comprobado tenemos que ni la membrana de Nasmyth, que protege el esmalte, ni éste, ni la dentina, ofrecen el más leve síntoma de ulceración en la superficie desgastada; pues ésta aparece bruñida y sin manifestaciones patológicas.

Abrigamos la confianza de que asociarán su criterio al nuestro los que se dediquen á estudiar detenidamente la etiología de esta afección.

Si la acción corrosiva de los ácidos bu-

cales constituyera la única causa de la *abrasión dentaria*, se observaría en la parte afectada, una superficie rugosa, y, por el contrario, como ya hemos manifestado, aparece lisa y bruñida y con algunos bordes vivamente afilados, que se deben á la misma posición que los dientes siempre observan al articular para friccionarse mutuamente.

Bell expone como causa de la *abrasión dentaria* el uso de alimentos duros, como la galleta, citando, por lo mismo, la frecuencia con que los marineros son atacados por ella. Otros agregan que el antagonismo de los dientes es una de las causas y que cuando están colocados de manera que coincidan sus superficies cortantes, la dureza de los alimentos contribuirá á que el desgaste sea más rápido.

Aunque la articulación sea anormal, el indíviduo que durante el sueño tiene el hábito de fricción, coloca instintivamente

la mandíbula inferior de manera que unos ú otros dientes coincidan con sus antagonistas.

Se concibe que la galleta y otros alimentos duros puedan desgastar el esmalte, que es el tejido más duro de nuestro organismo, puesto que los cuerpos blandos y aún los líquidos, con la persistencia desgastan los más duros, como el agua á la roca y el hierro y el esmalte á los instrumentos de acero templado; pero la acción mecanica, durante la masticación, se ejerce mucho más en los molares, como triturantes, que en los incisivos, como cortantes, y sin embargo se observa que mientras aquéllos permanecen sin el menor desgaste, éstos han perdido gran parte de substancia, lo cual corrobora que la causa no consiste en la dureza de los alimentos, sino en el hábito de fricción de unos dientes contra sus antagonistas, el cual puede persistir en los incisivos, y

caninos en los molares de ambos lados, ó en los de un lado solamente.

Citaremos tres casos que nos han permitido un detenido estudio.

En el primer caso se trata de una señora anciana de ochenta años de edad, la cual presenta los incisivos y caninos superiores é inferiores desgastados hasta el nivel de las encias, y las muelas menores y mayores hasta más de la mitad de la corona, ofreciendo ésta una superficie oblícua que desciende hacia el cuello de los incisivos. Las encias están en estado normal y bien adheridas á los cuellos desgastados, cuyos canales radiculares están rellenos de *osteo-dentina*. Esta señora, desde muy jóven, ha tenido el hábito de fricción en sus dientes, cuyo sonido triturante ha llamado la atención de los familiares que han ocupado habitaciones inmediatas á la suya.

El segundo caso lo ofrece una señora de

treinta y ocho años de edad, cuyos incisivos, caninos y bicúspides derechos han sufrido pérdida de substancia en la corona hasta una cuarta parte de los primeros, y algo menos los segundos. Esta señora tiene el mismo hábito de fricción que la citada anciana, de la cual es sobrina.

El tercer caso lo presenta otra señora de treinta y tres años de edad, la cual ha sufrido pérdida de substancia en los incisivos y caninos sólo una cuarta parte escasa de su corona.

Con frecuencia esta señora, y especialmente durante el período de su menstruación, que precisamente es cuando el sistema nervioso se halla más excitado, se queja de sensación de dentera al contacto de los alimentos, del agua y del aire, á consecuencia de que en dicho período se verifica, durante el sueño, la fricción de sus dientes con mayor persistencia. Esta señora es hija de la citada anciana.

Tratamiento. Hemos estudiado detenidamente los medios apropiados para detener los progresos de esta afección, y el más prudente y de mejor éxito que hallamos, consiste en aplicar, á la hora de acostarse, un aparatico de oro ó de caucho perfectamente adaptado por ligero ajuste á la corona de los molares, de manera que impida el movimiento triturante de la mandíbula inferior. Este aparato consiste en una pieza que forma casquillos invertidos, abiertos entre los intersticios molares para que se adapten mejor á las superficies interna y externa de las muelas; pero es susceptible de modificaciones con tal de que tiendan al mismo fin, que consiste en impedir á la mandíbula inferior el movimiento instintivo de trituración.

El paciente se lo aplicará todas las noches hasta conseguir dominar el hábito de fricción que causa la afección. Al principio ocasionará al paciente gran molestia, des-

pertándolo con frecuencia; pero esa misma molestia fijará en su imaginación tan enérgicamente la causa, que irá por último dominando gradualmente el vicio de fricción.

Como preventivo debe tomarse todas las noches una dosis de bromuro de potasio de Falier.

FORMULARIO

Re/. Analgesina.	4	gramos
Bromuro de potasio	10	»
Jarabe de menta	25	»
Infusión de tilo.	150	»

M. S. A.

Poción para tomar una cucharada por la oche.

M. V.

Caries dentaria.



La *caries dentaria* es una afección especial que, marchando de la periferia al centro, disgrega, reblandece y destruye los tejidos del diente, produciendo al fin la pérdida completa del órgano.

Los dientes de *segunda* y *tercera clase*, que tienen un color blanco y pálido, parecido al de la perla, generalmente desarrollados en individuos de constitución estrumosa, son muy propensos á la caries, debido al poco espesor del esmalte y á la destrucción del lazo que lo une con la dentina. Las afecciones generales ó locales sufridas durante el desarrollo de los dientes, pueden ser origen de su estructura defectuosa.

El esmalte de los dientes es el tejido más duro de nuestro organismo; pero los accidentes traumáticos y químicos destru-

yen su cutícula y lo erosionan, desgastan ó fracturan, dejando descubierta la dentina, en la cual prosigue el proceso de destrucción. Según cuadro estadístico de Magitot sobre la repartición de la caries en los diferentes dientes, se observa que ésta afecta con más frecuencia á los superiores que á los inferiores.

Los primeros síntomas de esta afección consisten en la pérdida de transparencia del esmalte, la coloración amarilla ú obscura y la friabilidad de la parte afectada. Desde la antigüedad ha sido bien estudiada y descrita por Magitot, Leber, Miller, Miles, Rottenstein y Underwood.

Etiología. Entre las causas que pro-ucen la *caries dentaria* se distinguen las redisponentes y las determinantes. Las ausas predisponentes son aquellas que, or desgaste, erosión ó fractura, privan al iente de sus medios naturales de protec-ión, que son la cutícula y el esmalte.

Las causas determinantes consisten en la acción de los ácidos que contiene la saliva anormal, ó los formados por la fermentación de los restos alimenticios que por falta de aseo se quedan entre los dientes, ó por el abuso de bebidas aciduladas. Según Magitot, los productos de fermentación del azúcar y de materias albuminoideas, alteran uniformemente la unión de los tejidos dentarios.

El ácido oxálico, los oxalatos y el alumbre, atacan principalmente el esmalte; y los ácidos acético, tánico, tartárico y los tartratos, alteran especialmente el marfil; pues la opinión hoy más admitida es que la *caries dentaria* constituye una lesión de orden químico, debida á la acción de dichos ácidos, lo cual queda confirmado con la caries que se observa en los dientes artificiales. La duración del proceso morboso es variable, pues si los tejidos del órgano afectado están muy reblandecidos, sobre-

viene pronto su completa destrucción; pero si son duros y la caries es seca y negra, el curso de ésta se estaciona y puede durar algunos años sin afectar la pulpa dentaria ni destruir la corona.

Las distintas opiniones emitidas por los autores sobre la etiologia de esta afección, son innumerables; pero expondremos las principales.

Magitot, apoyándose en sus experiencias de laboratorio, ha dicho: «Podemos establecer que la *caries dentaria* resulta de una acción puramente química ejercida sobre el esmalte y la dentina.» Wedl se une á la opinión de Magitot y niega la influencia directa del *leptothrix* sobre la producción de la *caries*. Thomas cree que es el resultado de la acción de los ácidos, en parte segregados por la mucosa bucal, en parte formados bajo la influencia de la fermentación de las materias albuminoideas. Miles, Miller, Leber y otros autores

notables, demuestran la influencia de los microorganismos en la *caries.*

Underwood y Miles consideran como factores de esta afección, los ácidos y los gérmenes. «Es probable (dicen) que el trabajo de la descalcificación sea enteramente verificado por los ácidos, los cuales son segregados por los mismos gérmenes; las fibrillas organizadas de que éstos se nutren, y en las que ellos se multiplican, son el lugar donde se preparan estos ácidos característicos que á su vez descalcifican el diente y decoloran la masa.»

Miller reasume los resultados de sus experiencias en estos términos: «Estoy convencido, por el exámen de algunos millares de trozos de dentina cariada, que los microorganismos están siempre presentes y que, sin duda alguna, son la causa de los cambios variados que se presentan en los tejidos de la dentina durante la *caries.*

La *caries* se llama *simple* cuando sólo ha destruido el esmalte y parte de la dentina, y *complicada* cuando afecta la pulpa. De los fenómenos anátomo-patológicos que caracterizan esta afección ha surgido una clasificación de más ó menos períodos; pero nosotros la dividimos en cuatro.

Primer período. Cuando ha desaparecido la cutícula ó membrana de Nasmyth y el esmalte ha sido destruido.

Segundo período. Se considera así la *aries* que ha destruido el esmalte y parte le la dentina, dejando sobre la pulpa lentaria una capa protectora de más ó nenos espesor.

Tercer período. Cuando la pulpa denaria es ya afectada, por quedar descubiera ó mal protegida sólo por una capa delada de dentina.

Cuarto período. Cuando la pulpa está ompletamente destruida y en estado de escomposición.

Caries de primer período.



La *caries dentaria*, en su primer período, se manifiesta por una mancha amarilla ú obscura en el esmalte, el cual pierde su transparencia por la destrucción de su cutícula. (Figura 5.ª) En este período de invasión la sensibilidad es tan insignificante, que pasa á veces desapercibida para el paciente.



TRATAMIENTO. El medio preventivo consiste en la higiene de la boca, y en evitar que los dientes se pongan en contacto con las substancias nocivas, como el alumbre, los oxalatos y los ácidos. Cuando los dientes están muy unidos, se separan con una lima fina, evitando así la permanencia, en los espacios gingivo-dentarios,

de las substancias albuminoideas y otras que puedan entrar en fermentación.

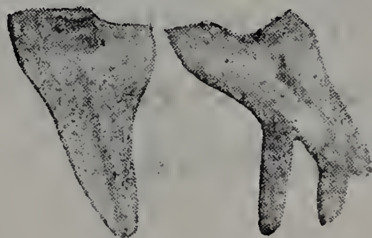
Como los tejidos desorganizados de la *caries* no se reponen, debe impedirse el progreso de ésta y proteger los tejidos sanos, separando con escavadores las porciones friables. Si la *caries* ha labrado ya cierta cavidad en el esmalte, descubriendo la dentina, puede obturarse, previa la antisepsia, con cemento papilloso ó con oro.

Como preventivo recomendamos las fórmulas insertadas en el capítulo que trata de «**Higiene de la boca.**»

Caries de segundo período.



La *caries dentaria*, en su segundo período, presenta en la parte afectada, completamente desorganizado y destruido el tejido del esmalte y parte del de la dentina, quedando sólo una capa más ó menos delgada que aún proteje la pulpa.



(Figura 6.ª)

El dolor es á veces intenso, porque la irritación producida por las materias sépticas que obstruyen la capa dentinal, se transmite por éstos al órgano pulpar, en cuyo caso la intervención quirúrgica y terapéutica ha de ser inmediata y oportuna, tanto para volver á su estado normal dicho órgano, excitando sus funciones

fisiológicas para que desaparezca el dolor, como para evitar la propagación de la *caries*.

Tratamiento. Este suele ser muy delicado, tratándose de un tejido á menudo dotado de una sensibilidad patológicamente exagerada, pues el menor contacto con los instrumentos de operación provoca un dolor insoportable.

Poinsont, para atenuar y abolir la sensibilidad de la dentina, recomienda el calor asociado á un cáustico de mediana potencia, como el fenol, que, aplicado sobre el tejido dentinal, aumenta la rapidez de la acción del calor transmitido por medio de la bombita calentada á la llama de alcohol. La supresión del dolor por este medio consiste en que, calentando y desecando la dentina, se suprime uno de los elementos de transmisión sensitiva, y la irritación provocada á la periferia es poco percibida por el órgano central.

Es mucho más acentuada la sensibilidad de la dentina sana que la que ha originado la disgregación de los elementos calcáreos; pero aumenta cuando las alteraciones afectan la capa próxima á la pulpa, en cuyo caso la aplicación de cáusticos concentrados está absolutamente proscripta, por la irritación y la inflamación que provocan en dicho órgano; pero una medicación débilmente imitante, activa sus funciones fisiológicas.

Lo primero que procede es separar con escavadores toda la dentina alterada y prévia la desinfección escrupulosa, se obtura provisionalmente con gutapercha, la cual modifica favorablemente las cualidades estructurales de la dentina. Si es de poco espesor la capa que cubre la pulpa, antes de la obturación definitiva, es conveniente colocar en el fondo de la *caries*, una pequeña porción de esta substancia, que tiene la favorable propiedad de interceptar

toda corriente calórica y eléctrica producida por el contacto inmediato de los nutales.

FORMULARIO

Re/.	Veratrina	0'10 centígs.
	Tanino	0'35 »
	Glicerina	8 gramos
	Alcohol absoluto . . .	6 »

M.

Para insensibilizar la dentina.

Roque.

Re/.	Veratrina	2 gramos
	Alcohol	XI gotas

M.

Para el mismo uso.

Basseur.

Re/.	Gutapercha	2'05 centígs.
	Oxido de zinc	10 gramos
	Nitrato de plata . . .	1 gramo

M.

Obturación provisional para atenuar la sensibilidad de la dentina.

Dubois.

Re/. Veratrina . . . } aa. . 1 gramo
Esencia de clavo }
Tanino . . . . 0'50 centígs.

M. S. A.

Para insensibilizar la dentina.

Re/. Timol . . . . 0'05 centígs.
Alcohol. . . . . 10 gramos

M. S. A.

Para esterilizar la dentina antes de la obturación.

Re/. Clorhidrato de morfina. 0'20 centigs.
Fenol cristalizado . . . 0'50 »
Alcohol. . . . . 1 gramo

M. S. A.

Para insensibilizar la dentina.

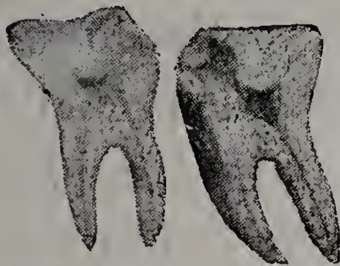
M. V.

Caries de tercer período.



En la *caries de tercer período* la pulpa dentaria queda descubierta y, bajo la influencia de la irritación incesante producida por los agentes exteriores, se inflama ó degenera; pero á veces, cubierta aun por una capa delgada de dentina, ha sufrido ya alteraciones morbosas, porque los agentes sépticos, penetrando por los canalículos, llegan al órgano pulpar y prosiguen su proceso de destrucción, constituyendo la pulpitis. Esta lesión de la pulpa puede tener su origen en otras causas determinantes, como el traumatismo, el cambio brusco de temperatura ó la inflamación de la membrana peridentaria. El proceso puede afectar las formas más diversas des-

(Figura 7.ª)



de la irritación simple hasta la inflamación ulcerativa y el esfacelo de la pulpa. El dolor se acentua más á medida que progresa el estado inflamatorio.

Tratamiento Segun las fases que la *caries* de este periodo presenta, el tratamiento varía. Witzel ha preconizado el tratamiento *conservador*, y otros autores han preferido el *destructor*, que es el más generalmente practicado hoy, porque el *conservador* no ofrece probalidades de buen éxito; pues la pulpa, cuando está descubierta, se halla ya profundamente afectada en su vitalidad: es un órgano que desde el nacimiento á la vejez tiende á la regresión constante, marchando con lentitud á la desaparición. Witzel ha preconizado la amputación de la parte afectada de la pulpa, pues ha creido establecer de un modo preciso el diagnóstico diferencial de la pulpitis parcial y general, pero la conservación de este órgano, de una vasculari-

dad notable, es problemática.

Después que la pulpitis se ha declarado en todas sus manifestaciones, con los accesos de odontalgia tenazmente repetidos, la devitalización de la pulpa se impone, porque su conservación no es posible; pues las flegmasias, cuando llegan á este período, degeneran á un estado grasoso y gangrenoso: antes de proceder á la aplicación del escarótido para desorganizarla, es prudente provocar en ella una hemorragia, por medio de un estilete afilado, con cuya operación se descongestiona, obteniendo el alivio inmediato del dolor intenso que el paciente sufre.

Es considerable el número de procedimientos recomendados para la devitalización de la pulpa dentaria, pero el agente eficaz y preferible por su solubilidad y su acción rápida y menos irritante, es el ácido arsenioso, al que Dubois asocia la eserina para hacer indolente

el proceso de destrucción.

La permanencia de los compuestos arsenicales en la *caries*, sólo debe prolongarse veinte y cuatro horas, pues es preferible pecar por defecto y nó por exceso: si la sensibilidad persiste se aplicará cualquier substancia cáustica; pero la fórmula A (Formulario) es una preparación que nos da excelentes resultados, devitalizando la pulpa en veinte y cuatro horas: despues se estirpan generalmente sus ramificaciones, limpiando y desinfectando escrupulosamente los canales radiculares para obturarlos definitivamente con substancias antisépticas.

Clark dice que el buen éxito de la obturación de los canales radiculares depende del valor más ó menos antiséptico de los agentes usados para los lavatorios; pero Head opina que la perfecta obturación es la que preserva de la acción de los productos pútridos de donde se engendran

las colonias microbianas. Nosotros creemos que el buen éxito depende de una escrupulosa desinfección asociada á la perfecta obturación de los canales radiculares hasta el mismo forámen, por medio de pastas antisépticas; pero por más esfuerzos que se hagan para extraer completamente los restos pulposos, muy rara vez se consigue; más aun, suponiendo que los canales queden enteramente desalojados y ensanchados, se dificulta hacer llegar hasta el mismo forámen los agentes antisépticos y la pasta obturatriz, principalmente cuando sè trata de los molares, resultando que los gérmenes alojados ya, ó nuevamente arrastrados, verifican más ó menos tarde su incubación y dan origen á un proceso morboso.

Por fino y flexible que sea el pitón de una jeringa, tratándose de los molares, dificilmente puede introducirse hasta el mismo fondo, sin lo cual, al ser impulsa-

do el líquido antiséptico hacia él, es interceptado por el aire que contiene, y lo mismo resulta al ser introducida la pasta obturatriz: aunque esta dificultad puede más fácilmente obviarse tratándose de los incisivos y caninos, el procedimiento ofrece un éxito dudoso.

Para la obturación de los canales radiculares generalmente se emplean el cemento, el salol licuado al calor, la cloropercha, las mechas antisépticas ó los conos de iodoformo, que consisten en algodones impregnados de una mezcla semisólida de iodoformo y bencina en partes iguales: éstos algodones se preparan de antemano, secándolos y guardándolos en un pomo.

Nosotros, á imitación de Miller, Witzel y Soderberg, practicamos, hace años y con éxito completo, la momificación de la pulpa dentaria, que consiste en la desecación y encogimiento de su tejido.

He aquí como procedemos: después de haber devitalizado la pulpa, vaciamos la cámara pulpar y la esterilizamos con una disolución de timol y alcohol; después aplicamos la pasta momificadora B (Formulario), comprimiéndola ligeramente para que se ponga en contacto con las ramificaciones de la pulpa, y cubriéndola después con un poco de cemento papilloso á reserva de obturar el resto de la cavidad del diente con el material que el caso requiera.

La pasta momificadora de Soderberg, que es la que usamos, se compone de timol, que obra como agente antiséptico; alumbre, como elemento momificante; óxido de zinc, como medio de coloración, y glicerina, como cuerpo de unión penetrante.

La pasta momificadora C de Witzel y las de Miller, D, E, F, tienen el inconveniente de dar al diente un color negro

azuloso, debido al mercurio, y el de amarillo pardo, por el aceite de cuasia, marcándose más la decoloración cuando se asocia el tanino y el vehículo utilizado es la glicerina.

A los diez y seis días de aplicada la pasta, Soderberg ha encontrado perfectamente momificada la pulpa en los canales radiculares hasta el mismo forámen. Con la pasta de Miller fueron tratados más de doscientos casos en el Instituto Dental de la Universidad de Berlin, de los cuales uno solo fué desgraciado. En los casos tratados por Witzel tampoco han ocurrido complicaciones. Sin embargo el mismo Miller dice que un dentista escrupuloso no debe emplear la pasta momificadora, porque aun suponiendo que la pulpa quede devitalizada por la aplicación de la pasta, no debe asegurarse que se conserve exterilizada para siempre.

Nosotros creemos que la putrefacción

de la pulpa no viene del centro á la periferia, sino que empieza en ésta y sigue su curso hacia el forámen; si después que el proceso morboso ha llegado á este período se obstruyen los canales con los restos alimenticios ó con un algodón, impidiendo la salida á los gases formados por la materia séptica, sobreviene inmediatamente la inflamación y se forma el abceso; bien esterilizada, pues, la cámara pulpar, y cubierta la pulpa con un antiséptico permanente, no deben temerse ulteriores complicaciones.

FORMULARIO

Re/. Alcanfor . . . . } aa . .		5 gramos
Clorato de potasa }		
Alcohol		C. S.

M.

Contra la odontalgia.

Fox.

Re/. Eter sulfúrico . . . . . . 30 gramos
Creosota . . . . 2 »
Estracto de nuez de agallas 4 »
Alcanfor . . . . 2 »
M.

Anti-odontálgico.

Harris.

Re/. Acido arsenioso . . . 1 gramo
Ferrato de cocaina. . . 0'50 centígs.
Creosota . . . . C. S.
M.

Pasta semi-sólida para devitalizar la pulpa.

G. Viau.

Re/. Acido arsenioso . . . ⎫
» fénico . . . . ⎬ aa . 1 gramo
Clorhidrato de cocaina ⎭
M.

Para devitalizar la pulpa.

Fantou.

A

Re/. Acido arsenioso ⎫
Tanino . . . . ⎬ P. i.
Iodoformo. . . ⎭
Creosota . . . ⎫
Esencia de clavo ⎭ aa . . C. S.
M. S. A.

Papilla que se prepara en el momento en

que se ha de utilizar, porque el tanino tiene la propiedad de solidificarla. Se coloca con un algodoncito para devitalizar la pulpa.

M. V.

B

Re/. Alumbre.	} P. i.	
Timol.		
Glicerina		
Óxido de zinc		C. S.

H. S. A.

Pasta momificadora.

Soderberg.

C

Re/. Bicloruro de mercurio .	1'50 centígs.
Nitrato de morfina . .	0'75 »
Acido fénico	0'50 »
Esencia de menta. . .	V gotas
Aceite de cariófila. . .	V »
Alumbre pulverizado. .	C. S.

Pasta momificadora.

Witzel.

D

Re/. Sublimado } P. i.
Timol . . }
Glicerina . . . . C. S.
M.
Pasta momificadora.

Miller.

E

Re/. Sublimado }
Timol . . } P. i.
Tanino . . }
Glicerina . . . . C. S.
M.
Pasta momificadora.

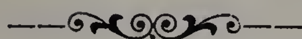
Miller.

F

Re/. Aceite de cuasia.
Timol . . . . C. S.
M.
Pasta momificadora.

Miller.

Caries de cuarto período.



Los principales fenómenos que caracterizan este período de la *caries* son la mortificación y descomposición de la pulpa dentaria. Estas alteraciones pueden también observarse sin que exista disgregación de los tejidos duros.

La pulpa, expuesta al exterior por el progreso de la *caries,* sufre la influencia inmediata del aire, de los microorganismos, de los líquidos fermentables de la cavidad bucal y pierde su vitalidad. Incluida asi en la cavidad central puede permanecer muchos años sin determinar desórdenes apreciables de vecindad; pero más ó menos tarde tiende á la formación del abceso alveolar y la fístula gingival, como consecuencia de los gases que la descomposición de dicho órgano forma en

la cavidad radicular, la cual, obstruida por los detritus, no les permite su salida, provocando la inflamación y el absceso, que se alce paso al través del alvéolo, en la parte correspondiente al ápice de la raiz ó entre ésta y la pared alveolar (véase *absceso alveolar)*. Durante este proceso morboso, el periostio alvéolo-dentario se inflama y el diente se expulsa y se hace movible, fenómenos que van acompañados de un dolor intenso.

Tratamiento. Lo primero que procede es limpiar y desinfectar escrupulosamente la cavidad pulpar y los canales radiculares.

Los antisépticos más encomiados son: el timol, el fenol, el iodoformo, el cloruro de zinc, las esencias volátiles y el bicloruro de mercurio; pero éste, después de no ofrecer ventajas sobre los demás, es de toxicidad rápida, de gusto repugnante, de olor nauseabundo, y decolora los dientes.

El más recomendable es el fenol cristalizado, que se usa en irrigaciones al 2 y 5 por 100. El timol es también uno de los antisépticos preferibles por su volatilidad y su gusto agradable. El iodoformo, aunque de olor desagradable, es un excelente esterilizante. El cloruro de zinc ha sido preconizado por Dubois. Las esencias volátiles son muy favorables y tienen un poder antiséptico enérgico y una penetración superior á la de otros productos medicamentosos: las preferibles son: la esencia de canela de Ceylan ó de China y la de azahar.

La desinfección y la obturación de los canales radiculares, como manifestamos en el capítulo anterior, es una operación sumamente delicada, en la que el más leve descuido trae, como consecuencia, complicaciones graves. Nosotros ensanchamos el canal radicular y con una jeringa de pitón fino y flexible impulsamos el líquido

antiséptico hácia el mismo forámen de la raiz, y despues introducimos una pasta semi-líquida antiséptica y acabamos de arrastrarla hácia el fondo por medio de un cono de gutapercha envuelto en la misma pasta, el cual se prepara de antemano, dándole las dimensiones del canal, que lo ha de contener definitivamente.

FORMULARIO

Re/.	Timol.	1 gramo
	Alcohol	20 gramos
	Agua	500 »

M.

Para irrigaciones.

Dubois.

Re/.	Iodoformo.	1 gramo
	Glicerina	C. S.

M.

Pasta para obturar los canales.

Hillischer.

Re/.	Fenol cristalizado . . .	2 gramos
	Timol	0'50 centigs.
	Alcohol.	10 gramos
	Esencia de espliego . .	XX gotas
	Agua destilada	100 gramos

M. S. A.

Para irrigaciones.

Re/.	Mentol . . . } Cloruro de zinc } aa . . .	3 gramos
	Esencia de azahar. . . .	XX gotas
	Agua destilada	100 gramos

M. S. A.

Para irrigaciones.

Re/.	Fenol cristalizado . . .	1 gramo
	Óxido de zinc	3 gramos
	Cloruro de zinc. . . .	0'50 centígs.
	Esencia de azahar } » » menta. } aa .	XV gotas
	Glicerina	C. S.

H. S A.

Pasta para obturar definitivamente los canales radiculares.

M. V.

Pulpitis.

Pulpitis es una afección caracterizada por la inflamación de la pulpa dentaria, órgano sumamente vascular y de una sensibilidad extremada por las terminaciones nerviosas que encierra, por lo cual el síntoma característico de esta afección es un acceso de odontalgía.

La pulpa dentaria, en algunos individuos, presenta cierto grado de tolerancia manifiesto, porque, apesar de su estado morboso, á consecuencia de la caries profunda ó de traumatismos, no provoca la menor sensación dolorosa al contacto de cuerpos extraños.

La pulpa dentaria, que en su estado normal ofrece un color rosado y las dimensiones proporcionadas á la cavidad destinada á contenerla, cuando se halla

afectada, se vuelve roja, tumefacta y excesivamente dolorosa á la presión, y adquiere un volumen anormal, no ofreciendo la cavidad suficiente espacio para contenerla, y entonces forma hernia, estrangulándose en el estrecho orificio de comunicación, situado entre la cavidad pulpar y la caries. Según la intensidad de su inflamación, es destruida á los pocos días por el esfacelo; pero cuando se manifiesta en ella la supuración, la destrucción es más lenta. A veces la inflamación se hace crónica, sin colección purulenta, y puede la pulpa calcificarse, constituyendo el *odontoma interno* de Wirchow.

La periostitis y las vegetaciones fungosas son complicaciones que suelen sobrevenir á la *pulpitis aguda,* y cuando ésta empieza á manifestarse, ya se ha experimentado en el diente algún dolor, el cual se exacerba al contacto de las substancias

azucaradas, con la presión bajo la influencia de cambios bruscos de temperatura, ó á consecuencia de una irritación local repetida. El dolor es pungitivo, extendiéndose á todas las ramas del trigémino; pero se alivia instantáneamente mientras se sostiene sobre la pulpa el contacto del agua fría.

Etiología. Como ya manifestamos en el capítulo que trata de la caries de tercer período, las causas de la *pulpitis* pueden depender del órgano central descubierto; del traumatismo, que provoca como consecuencia su inflamación; de la periostitis alvéolo-dentaria, ó de la gingivitis.

La susceptibilidad de los elementos vásculo-nerviosos que la pulpa encierra, hace que ésta sea excesivamente sensible ante la influencia de las menores irritaciones, y la inflamación, cuya primera manifestación es la odontalgía, se presenta no tan sólo cuando el órgano central queda

expuesto al exterior por los progresos de la caries dentaria, sino antes de que la última capa dentinal que lo cubre quede destruida; porque los agentes destructores, penetrando por los canalículos, llegan hasta él y alteran sus funciones fisiológicas, destruyendo su vitalidad.

TRATAMIENTO. Cuando la capa dentinal que cubre la pulpa es delgada se taladra y se sangra ésta con un estilete, operación que alivia inmediatamente al paciente; pero si la inflamación del órgano pulpar es consecuencia del traumatismo, con ausencia de caries ó siendo ésta muy superficial, el taladro se verifica en el cuello del diente. Si la pulpa se halla herniada en el orificio de comunicación entre la cámara y la caries y bajo la influencia irritante de los agentes exteriores, se sangra tambien con un estilete, obteniendo el alivio inmediato: también se obtiene éste limpiando escrupulosamen-

te la cavidad y lavándola con una geringa cargada de una solución antiséptica templada (agua fenicada ó boricada), y aplicando en ella un algodón impregnado de creosota y esencia de clavo con tanino y iodoformo.

Ha sido encomiada por la «Revista de Medicina Internacional» de Paris una preparación llamada *odontodol,* asegurando que es superior á todos los demás odontálgicos (fórmula A). Se emplea introduciendo en la caries del diente un algodoncito empapado en el líquido. Si la *pulpitis* va acompañada de periostitis, lo cual se conoce ante el dolor provocado por la percusión del diente, se enjuaga la boca con 25 gramos de *odontodol* mezclado con 100 gramos de decocción tibia de linaza; y si el dolor se extiende á toda la mandíbula, además de lo expuesto, se friccionará toda la parte dolorosa con algunas gotas de *odontodol.* Tambien es

conveniente hacer una revulsión externa, aplicando sobre la encía la tintura de iodo.

Cuando la pulpa dentaria está expuesta al exterior, se impone su devitalización y momificación, por ser el mejor procedimiento, y si la *pulpitis* se presenta con ausencia de caries y ha sido preciso taladrar el cuello del diente, se procede de la misma manera; pero si la pulpa está ya en estado de descomposición, se vacían y desinfectan los canales radiculares y por último se obturan, como se ha aconsejado anteriormente.

FORMULARIO

A Re/.

Clorhidrato de cocaina. . . .	1 gramo
Esencia de laurel real. . . .	1 »
Tintura de árnica.	10 gramos
Acetato de amoniaco líquido .	20 »

M.

Odontodol.

De la «Revista de Medicina Internacional» de Paris.

Re/. Tanino. . } aa.
Iodoformo }
Creosota. . . . } aa . . . C. S.
Esencia de clavo }

H. S. A.

Papilla para colocar sobre la pulpa y obtener su inmediato alivio.

Re/. Timol . } aa.
Mentol }

M. S. A.

Para el mismo uso.

Re/. Cloroformo } aa.
Mentol . . }

M. S. A.

Para el mismo uso.

Re/.
Clorhidrato de cocaina } aa . 0'20 centigs.
Mentol. . . . . }
Glicerina . . . . 4 gramos

M. S. A.

Para el mismo uso.

Re/. Clorhidrato de morfina. 0'20 centígs.
Creosota . . . . C. S.

M. S. A.

Papilla para el mismo uso.

Son aplicables al caso las fórmulas encomiadas para la caries de tercer período.

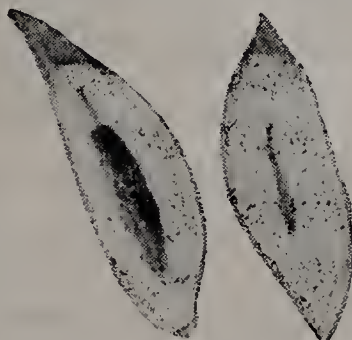
M. V.

Osificación de la pulpa dentaria.



La *osificación de la pulpa dentaria* es el resultado de la operación de una ley de la economía dependiente de la irritación moderada y de un ligero aumento de acción vascular. Cuando la *osificación* empieza, continúa por lo común hasta que toda la pulpa dentaria se convierte en una substancia análoga al cemento y de menor volumen que el del órgano en su estado normal. En la abrasión dentaria se verifica el mismo fenómeno antes de que el órgano pulpar quede descubierto.

(Figura 8.ª)



El dolor que produce esta afección es vibratorio, sordo y apenas perceptible: la

corona y las paredes internas de la raiz pierden su vitalidad; pero la apariencia del diente no se altera materialmente, como sucede en la necrosis dentaria.

Etiología. Cuando la pulpa dentaria es asiento de un grado suficiente de irritación, la *osificación* viene como una consecuencia necesaria; pero si á la irritación sucede una inflamación activa, debe esperarse un resultado diferente. La irritación necesaria para la *osificación de la pulpa* procede á veces de causas constitucionales; pero en la mayoría de los casos resulta de la acción de irritantes locales, y con más frecuencia de las impresiones de calor y frio comunicadas por el intermedio de un relleno metálico ó de una capa delgada de dentina.

Tratamiento Se procura combatir las causas de la afección, ya sean constitucionales ó locales. Si existe alguna obturación intempestiva, lo cual se anuncia por

la sensación de dolor sordo y vibratorio que provocan las impresiones bruscas de calor ó frío, procede levantar dicha obturación, activar las funciones fisiológicas de la pulpa y de la dentina por medio de una medicación excitante, y cubrir el fondo de la caries con gutapercha, substancia aisladora del calórico y la electricidad.

Si la afección procede de una caries de segundo período, con una capa dentinal intermedia de tan poco espesor que permite transmitir á la pulpa la influencia morbosa de los gérmenes destructores que penetran por los canalículos, se limpiará y desinfectará dicha caries para obturarla después con el material más apropiado, procurando cubrir el fondo con gutapercha, que, despues de ser una substancia protectora del órgano central, modifica y activa las funciones fisiológicas de la dentina.

Vegetaciones fungosas.



Según Tomes, Magitot y Albrecht, *vegetaciones fungosas* son producciones hipertróficas de la pulpa dentaria, caracterizadas por la simple hipergénesis de los elementos normales del tejido.

Estas excrecencias morbosas ó tumores vasculares son redondos, de superficie lisa y de color rosado pálido, y están cubiertos por una pedícula que sólo es un engrosamiento de la que viste la pulpa normal. Aunque suelen ser indolentes, á veces el menor contacto provoca dolor y hemorragias copiosas.

El desarrollo de estos tumores, que algunos autores han llamado *pólipos,* es muy lento y puede durar años. Adquiere á veces el tamaño de un garbanzo ó de

una avellana, llenando la cavidad de la corona destruida.

Sucede muchas veces que una excrecencia fungosa de la encía ó del periostio dentario, abriéndose paso á través de una abertura, al lado del cuello ó raiz del diente destruido, aparece en la cavidad central y suele confundirse con una excrecencia morbosa de la pulpa dentaria. Se han observado tumores de esta clase originados del periostio alvéolo-dentario de la extremidad de la raiz.

Etiología. Para que las *vegetaciones fungosas* se produzcan es preciso que exista anteriormente una caries profunda que deje descubierta la pulpa dentaria, en cuyo caso ésta se hace asiento de una irritación productora del tumor que nos ocupa, manifestándose en la superficie de la pulpa inflamada.

Tratamiento. El único remedio eficaz consiste en la estracción del diente, por-

que el tumor, aun después de estirpado, se reproduce; pero cuando aun no se ha manifestado y sólo se observa tendencia á su desarrollo, la cauterización con ácido crómico ó percloruro de hierro ha dado los mejores resultados.

FORMULARIO

Re/. Tintura de mirra } aa. . . 5 gramos
Salol . . . . . }
Decocción de quina. . . . 200 »

M. S. A.

Para enjuagatorios.

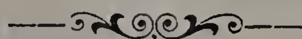
Re/. Estracto de ratania . . . 2 gramos
Clorato de potasa . . . . 5 »
Glicerina . . . . 10 »

M. S. A.

Colutorio para embrocaciones.

M. V.

Necrosis dentaria.



La *necrosis* de los tejidos duros del diente sucede á la mortificación de la pulpa. La parte externa del cemento, que está en contacto con el periostio alvéolo-dentario, recibe aun alguna nutrición; pero nó la suficiente para que exista compensación entre la acción nutritiva y la pérdida constante ocasionada por la *necrosis* de los tejidos duros, cuya friabilidad avanza con rapidez, desmenuzándolos en poco tiempo. La débil vitalidad sostenida por el periostio alvéolo-dentario impide que el diente mortificado ejerza sobre las partes con que está inmediatamente unido, una influencia manifiesta morbosa.

Cuando el tejido óseo está afectado de *necrosis*, la parte mortificada es expulsada de su sitio y substituida por nuevo tejido; pero los dientes carecen de esta fuerza de

reproducción y la *necrosis* produce en ellos una pérdida irreparable.

Los síntomas característicos de esta afección consisten en el color apizarrado de la corona del diente, el dolor más ó menos violento y la susceptibilidad á las impresiones del frío y del calor. El color es tanto más obscuro cuanto más joven es el individuo. Otras veces ofrece un matiz morado, debido á la combinación del color apizarrado con la materia colorante de los glóbulos sanguíneos descompuestos de la pulpa, y cuya materia penetra por imbibición en los canalículos de la dentina, la cual se reblandece, perdiendo gran proporción de sales calcáreas; el esmalte no sufre alteración.

Después que el diente ha perdido su vitalidad y se ha descalcificado, sobreviene la inflamación del alvéolo, las encías se vuelven túrgidas y esponjosas, dando sangre á la menor presión, y los dientes aflojan y se caen.

Etiología. Las causas de esta afección consisten en las inflamaciones locales; los golpes, cuya violencia ha destruido las conexiones del diente con la pulpa ó con el periostio alvéolo-dentario; el uso continuado de los medicamentos mercuriales; la carencia de energía vital suficiente para mantener la función nutritiva; la constitución más ó menos alterada, y alguna caquexia particular, haciendo que la sanguinificación sea ejecutada imperfectamente, como lo indican la palidez é hinchazón del rostro de los individuos afectados, las cuales acusan un predominio seroso de la sangre.

Tratamiento. Cuando se sospecha el principio de *necrosis dentaria* se hacen escarificaciones en la encía y se recomiendan colutorios astringentes, que, aplicados con oportunidad, impiden la pérdida de vitalidad del órgano.

Si el diente está flojo y muerto se extrae para evitar perjuicios á las encías y á

los dientes adyacentes; pero si está bien implantado, por no haber sufrido aun el periostio, se taladra el esmalte y la parte de dentina sana, extrayendo con escavadores los tejidos desorganizados: después se limpian y desinfectan los canales radiculares y se blanquea la corona, aplicando al interior un algodón con clorato de potasa ó licor de amoniaco: éste es preferible; y sólo se deja en la cavidad durante cinco minutos.

Por último se rellena la corona con cemento papilloso, que se adhiere á las paredes y las refuerza; en la parte superficial la obturación puede terminarse con amalgama ó con oro.

FORMULARIO

Re/. Tintura de iodo. .			
» » ratania.	aa. .	4 gramos	
» » catecú .			
Glicerina		20 »	

M. S. A.

Para embrocaciones en las encías cuando se sospecha el principio de la *necrosis dentaria.*

M. V.

Fracturas dentarias.



Las fracturas á qué están sujetos los dientes pueden tener lugar sin que la pulpa quede expuesta al exterior. Pueden ser horizontales, oblícuas y verticales, dividiendo éstas la corona y la raiz en toda su estensión.

Para que los fragmentos puedan unirse y consolidarse es necesario que estén en último contacto, como sucede en las fracturas del cuello, en las cuales el fragmento coronario queda adherido al periostio gingival en la mayor parte de su contorno. La formación del callo que une y consolida las dos superficies se efectúa á expensas de la dentina y aun del esmalte. La dentina se desenvuelve en forma de anillo al lado de la pulpa, y el cemento

forma también al lado del periostío alvéolo-dentario un círculo externo separado del anillo interno por una capa del tejido globular sin estructura determinada: el esmalte de nueva formación viene en forma de masas irregulares.

Etiología. La causa predisponente consiste en la mayor ó menor consistencia de los tejidos duros del diente, en la escavación de la caries, si existe, y en su friabilidad patológica. Las causas determinantes son: choques, caidas, presiones bruscas y otros traumatismos. Los incisivos y caninos son los más expuestos á fracturas, porque la situación que ocupan los tiene también más expuestos á accidentes traumáticos.

Tratamiento. Si la *fractura* tiene lugar en la corona, sin que la pulpa haya quedado expuesta al exterior ni haya sufrido alteraciones fisiológicas, basta regularizar con la lima la superficie de la

fractura y bruñirla después con un instrumento apropiado.

Si la fractura es transversal y la pulpa ha quedado expuesta al exterior, la extracción del fragmento intra-gingival se impone; pero, tratándose de los incicivos, caninos ó bicúspides, puede utilizarse la raiz para colocar una corona artificial por medio de espiga.

Cuando la fractura es vertical ú oblícua, interesando la pulpa dentaria, la extracción de los fragmentos tambien se impone.

Como consecuencia de la acción traumática que ha provocado la *fractura dentaria,* el periostio alvéolo-dentario se inflama, resultando una periodontitis aguda de gran trascendencia muchas veces.

FORMULARIO

Re/. Tintura de acònito } aa . . 5 gramos
» » iodo . }
Miel rosada . . . . 3 »
M. S. A.

Colutorio para embrocaciones.

Re/. Nitrato de plata . . . 0'50 centígs.
Agua destilada . . . . 4 gramos
M. S. A.

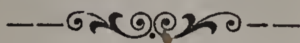
Para aplicar sobre la pulpa.

Re/. Tintura de mirra }
Acido bórico . . } aa. . . 10 gramos
Alcohol de menta }
Agua destilada . . . . . . 300 »
M. S. A.

Para enjuagatorios.

M. V.

Periodontitis.



Periodontitis ó *periostitis alvéolo-dentaria* es la inflamación de la membrana peridentaria. Puede ser *aguda* y *crónica*, según su duración é intensidad.

La forma *aguda*, estudiada bajo el punto de vista anátomo-patológico, está caracterizada por una hiperemia inicial con espesamiento de la membrana, tejido rico en vasos y muy susceptible de inflamarse, el cual se desprende del cemento desde el vértice de la raiz hasta el cuello: en el espacio que resulta se verifica un derramen plástico que muchas veces se reabsorbe; pero otras veces, después de haberse desarrollado con extrema rapidez hasta determinar una tumefacción apreciable, se derrama por la presión al lado ó al través del diente enfermo, bajo la forma de un

líquido seroso é incoloro: al mismo tiempo hay hiperemia pulpar y gingival. La supuración se establece pronto, dando lugar á los abscesos alveolares: el pus sale al exterior por el canal radicular cuando se trata de un diente cariado profuudamente, ó al nivel del cuello, desprendiendo el periostio: otras veces atraviesa la pared alveolar, cuyo tejido se ha adelgazado y reabsorbido, y deja una abertura casi siempre fistulosa.

Esta afección se inicia por cierta tensión que desaparece por instantes, oprimiendo el diènte enfermo en su alvéolo por medio de los dedos ó de los dientes antagonistas; pero más tarde el dolor se exacerba y se hace pungitivo, motivado por la formación del pus, adquiriendo tal grado de intensidad que el paciente no puede soportar el más leve contacto sobre el diente enfermo, que está ya móvil y algo expulsado, debido al engrosamiento

de la membrana alvéolo-dentaria. La encía se pone tumefacta y sensible, y las partes inmediatas son el sitio de una inflamación más ó menos considerable y conocida con el nombre de *flemón*.

Si la *periodontitis* termina por resolución, la fluxión desaparece rápidamente en el espacio de pocos días; pero si la supuración se establece, la fluxión no empieza á disminuir sino desde el momento en que el absceso se abre paso al través del alvéolo, cesando entonces el dolor, el movimiento febril, y curándose el enfermo en pocos días.

La forma *crónica* difiere mucho de la *aguda;* pues la marcha de la enfermedad es más lenta y los fenómenos son menos intensos. No se experimenta dolor en la percusión; pero sí ante la presión ejercida sobre el alvéolo en el punto correspondiente á la extremidad de la raiz. La tumefacción y la supuración de las en-

cías se prolongan hasta pruducir la destrucción del alvéolo, las fístulas consecutivas y la pérdida del diente.

Etiología. La *periodontitis* es una afección muy común, que puede ser expontánea, sin causa apreciable, ó sobrevenir á consecuencia del traumatismo y de la impresión de un líquido frío ó caliente; pero con más frecuencia obedece á la mortificación de un diente cuya pulpa destruida se descompone, y como los productos de putrefacción que de ella se desprenden no pueden escaparse por la caries, generalmente obstruida por los detritus, salen por el foramen á los tejidos peridentarios, dando lugar á la afección que nos ocupa.

Tratamiento Cuando la *periodontitis* es expontánea ó traumática, sin caries previa, puede curar facilmente con un tratamiento abortivo que consiste en las emisiones sanguíneas locales seguidas de

la aplicación de revulsivos. Si la afección es consecutiva á una caries profunda, se limpia la cavidad y se trepanan los canales radiculares para dar paso á los productos de la descomposición pulpar. Despues se desinfectan con irrigaciones de líquidos antisépticos, absteniéndose de obturar la cavidad con algodones, aunque medicamentosos, porque resultaría un efecto contraproducente. Si la afección obedece á una obturación intempestiva, se separa ésta inmediatamente y se limpian los canales radiculares

Puede emplearse con ventaja la preparación A (Formulario) para embrocaciones en la encía. El *odontodol*, que encomiamos en el capítulo que trata de la pulpitis, produce favorables resultados extendido sobre la encía.

Cuando el absceso está ya formado, debe dilatarse inmediatamente para dar salida al pus, procurando verificarlo en el inte-

rior de la boca, en la parte correspondiente al ápice de la raiz. Dilatarlo por la parte exterior del carrillo seria un error deplorable, porque despues de la cicatriz deforme que ocasionaria, generalmente el bisturí tendría qué recorrer mayor trayecto para llegar al foco purulento. Para evitar que el absceso se abra paso al exterior se proscribe el uso de la cataplasma emoliente sobre el carrillo, recomendando frecuentes enjuagatorios de agua de altea boricada lo más caliente posible, en la cual puede cocerse tambien un higo para aplicarlo en la encía, pues hace el efecto de una cataplasma interna.

Si el absceso se abre expontáneamente en la cavidad bucal, basta lavarlo ý desinfectarlo; pero si amenaza dirigirse al exterior, la dilatación interna é inmediata se impone. Si la causa de la afección es algún diente necrosado, movible y sin antagonista, ó alguna raiz que obra como

cuerpo extraño, deben extraerse inmediatamente, puesto que, lejos de ser útiles para la masticación, obran como un irritante morboso que suele dar lugar á recidivas y á graves complicaciones. Si la afección ha sido provocada por alguna obturación que se dificulta levantar, la inmediata extracción también se impone.

FORMULARIO

Re/. Iodo	0'10	centígs.
Ioduro de potasio. . .	0'20	»
Acido fénico	0'10	»
Glicerina	10	gramos

M.

Colutorio para embrocaciones.

Mandl.

Re/. Cloroformo	3	gramos
Estracto de belladona . .	2	»
Glicerina	15	»

M.

Colutorio para el mismo uso.

Gallois.

Re/. Ioduro de potasio . . 0'50 centígs.
Agua destilada . . . . 20 gramos
M.
Para el mismo uso.

Nebler.

Re/. Tintura de iodo. .⎫
» » acónito⎭ aa . . 4 gramos
Cloroformo . . .⎫
Tintura de benjuí⎭ aa . . 1 gramo
M.
Para el mismo uso.

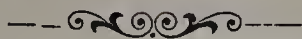
G. Viau.

A Re/. Estracto de beleño. . . 3 gramos
Tintura de acónito⎫
» » iodo .⎭ aa . 2 »
Láudano de Rosseau . . 4 »
M. S. A.
Para embrocaciones.

Re/. Tintura de iodo. . . . . 5 gramos
Cloroformo . . . . . . 2 »
Glicerina . . . , . . . 10 »
M. S. A.
Colutorio para embrocaciones.

M. V.

Absceso alveolar.



Esta afección consiste en una colección de pus formado en el interior de la cavidad alveolar.

El *absceso* unas veces tiene su principio en la membrana alvéolo-dentaria ó entre ésta y la raiz, llamándose *sub-perióstico*, y otras veces empieza por fuera de esta membrana y se denomina *extra-perióstico*.

La infección suele iniciarse por el canal pulpar de un diente cariado, aunque también se forman abcesos en dientes de pulpa viva. Al ponerse las bacterias en contacto con el periostio se inflama éste rapidamente, produciendo el éxtasis vascular; se exudan los lencocitos á través de los vasos capitulares, que abundan en la superficie del cemento, y aparece la su-

puración. La formación del *absceso* es debida á la introducción en el alvéolo de bacterias piógenas y muy especialmente del *staphilococus piógenes aureaus* que producen ptomainas, las cuales se coleccionan cerca de la extremidad radicular. Durante la marcha de la supuración, la inflamación no se limita á un solo punto, pues propagándose por el tejido celular contiguo, produce á veces edema del carrillo y de los labios.

Los síntomas locales del *absceso alveolar* se asemejan á los de la periodontitis, pues el diente está expulsado y doloroso, aliviándose ligeramente con la presión ejercida sobre el diente, debido á que la sangre es expulsada de los vasos regurgitados de la membrana peridentaria. Cuando el diente está más expulsado, debido al estado morboso más avanzado, entonces al chocar unos dientes contra otros, en lugar de experimentar alivio como antes, el do-

lor se exacerba por la compresión de los nervios hipersensibles de la membrana; pero no es tan lento como el que caracteriza la periodontitis, sino pulsativo, que es el que indica la formación del pus. La encía se inflama y adquiere un color rojo obscuro hasta que el pus perfora la pared alveolar y se abre paso al exterior, calmándose desde aquel momento el dolor pulsativo.

El *absceso* producido por los incisivos laterales superiores ó la raiz palatina del molar de los seis años, se manifiesta en el paladar; el que originan los centrales superiores aparece en el labio correspondiente, en la nariz y á veces en la región del ojo; el que provocan los caninos y bicúspides superiores se inicia al nivel de los primeros molares, y, por último, el de los molares se declara en la parte posterior. El *absceso* del primer molar mayor inferior es muy frecuente y produce tumefacción

en todo el cuerpo del maxilar y aun en el masétero; el de los incisivos inferiores, que es muy raro, produce edema en el labio correspondiente. Los *abscesos* producidos por los dientes temporales rara vez causan tumefaceión, porque la lámina alveolar es tan blanda, que el pus encuentra salida ante la producción de una semejante inflamación difusa.

Guyon, describiendo la formación del *absceso*, se expresa en estos términos: «El periostio alvéolo-dentario se desprende del diente y se espesa. El desprendimiento comienza ordinariamente hacia la extremidad de la raiz y llega más ó menos á menudo hasta el cuello del diente. En el intérvalo que queda entre la raiz y la membrana que la revestía, se hace una exudación, desde luego plástica; en este momento la resolución es posible; pero cuanto antes se establece la supuración.»

Viau agrega aquí: «Se tendria, pues,

un proceso ó una bolsa-quística con un contenido, primero plástico y despues purulento; así sería éste un *absceso* de la raiz, más que un *absceso alveolar*».

La opinión de Magitot difiere poco de la que expone Guyon.

No es raro que se levante al mismo tiempo que una raiz alterada de fecha antigua, una bolsa quística completa, cerrada, con contenido purulento. Dada la situación anatómica del periostio alvéolo-dentario, su vascularidad y su riqueza en terminaciones nerviosas, se desprende que toda congestión algo seria provoque dolores intensos, localizados ó irradiados según la distribución de las ramas sensitivas.

El pus, despues de haber atravesado el alvéolo, encuentra el tejido gingival compuesto del periostio y la mucosa, cuyo tejido opone gran resistencia al paso del pus, el cual, no pudiendo atravesar el periostío, lo desprende del cuerpo del ma-

xilar: otras veces lo separa de la mucosa superficial, estableciéndose la colección purulenta entre los dos tejidos. Es muy importante el diagnóstico preciso de esta diferencia; porque si el pus se abre paso entre el hueso del maxilar y el periostio, aquél, privado de éste ó sea de su medio de nutrición, adquiere tendencia á la mortificación ó necrosis.

Si al introducir la sonda en el fondo del *absceso* se nota aspereza ó rugosidad, es que se toca el hueso; pero será el periostio si se experimenta el contacto sobre una superficie lisa, unida y suave. En las personas de avanzada edad la mucosa opone mayor resistencia, á pesar de tener un organismo más debilitado.

El *absceso alveolar* puede traer como consecuencia graves complicaciones, como la necrosis del maxilar, las fístulas múltiples y la constricción del maxilar superior. Los *abscesos* provocados por los dien-

tes superiores y especialmente por los bicúspides y primeros molares, producen con frecuencia empiema y quistes del seno maxilar, lo cual es grave.

Los síntomas generales del *absceso alveolar* suelen ser tan graves como los locales. En los casos agudos el pulso es acelerado y la temperatura ligeramente aumentada; la lengua está saburrosa, la orina es escasa, la piel está caliente y seca y se experimenta un malestar general. Los *abscesos* crónicos carecen de estos síntomas. Tomes, Salter y otros autores citan casos de muerte á consecuencia de *abscesos alveolares,* porque el pus, en lugar de encontrar salida al través de la lámina externa del alvéolo, se ha fusionado á lo lejos bajo diversas fascias.

Etiología. Las causas predisponentes ó constitucionales comprenden el escrofulismo, la sífilis, la viruela y las fiebres exantemáticas: las causas determinantes ó

locales consisten en la inflamación de la membrana alvéolo-dentaria, la gingivitis, el traumatismo que provoque la muerte de la pulpa, la caries complicada ó de cuarto período, el paso de materias sépticas á través del orificio apidal, la obturación intempestiva de los canales radiculares y la perforación lateral ó apidal de la raiz al limpiarla.

TRATAMIENTO. Cuando el *absceso* no se ha desarrollado todavía en todas sus manifestaciones, podrá obtenerse buenos resultados con la aplicación de resolutivos, como el ioduro de potasio, el clorhidrato de amoníaco y otros, asociados á los emolientes. Las propiedades benéficas de esta asociación, según Viau, son debidas por una parte á la disminución de la congestión, y por otra á la relajación del tejido inflamado. Para acelerar la evolución del *absceso* bastará la aplicación de los emolientes.

Para obtener la absorción ó destrucción del líquido y su envoltura pueden hacerse dos embrocaciones diarias con la preparación A (Formulario). Para disminuir el dolor y defender la mucosa de toda probabilidad de esfacelo, se usarán los colutorios con la preparación B.

Si el *absceso*, según se desprende por la fluctuación, se halla en condiciones de ser dilatado para desalojar el pus ya formado, la operación se impone. Después de bien vaciado se lava la cavidad mediante una jeringa cargada con la solución antiséptica y astringente C.

Cuando un diente está sometido mucho tiempo á un *absceso alveolar* ó á una fístula consecutiva, las raices se necrosan y la extracción del diente se impone. En los *abscesos* provocados por la erupción laboriosa del cordal, el músculo masétero puede infiltrarse de pus ó quedar en estado de concentración tónica, en cuyo caso es pre-

cisa la extracción del cordal: tambien debe extraèrse cuando el trayecto fistuloso amenaza abrirse paso al exterior; en este caso se embadurnará la piel con colodión elástico, con lo cual se consigue evitarlo, dilatando al mismo tiempo el *àbsceso* por la parte interna del carrillo.

Según hemos indicado, el proceso responde á la evolución de los *abscesos* diferentes, desarrollados sucesivamente uno en la extremidad de la raiz y otro en el tejido gingival. Cuando la colección purulenta reside aun en la cavidad alveolar, la evacuación del pus debe verificarse por el canal radicular y la cavidad de la caries, si ésta es causa del *absceso,* que es lo más frecuente. La operación se verifica por medio de un estilete fino. Después se hacen irrigaciones antisépticas.

FORMULARIO

A Re/. Láudano Rousseau .	aa.	10	gramos
Tintura de iodo. . .			
» » cáñamo índico		6	»
Glicerina		5	»

M. S. A.

Colutorio para embrocaciones.

B Re/.

Acido bórico.	4	gramos
Hidrato de cloral.	2	»
Láudano Sidenham	20	»
Decocción de raiz de altea . .	300	»

M. S. A.

Para enjuagatorios.

C Re/. Fenol	1	gramo
Tintura de iodo	5	gramos
Deccoción de quina . .	100	»

M. S. A.

Para inyecciones.

M. V.

Re/. Mentol.	aa . .	4	gramos
Fenol cristalizado			
Alcohol de 90.°	aa . . .	10	»
Glicerina. . .			
Agua destilada		200	»

M.

Para irrigaciones en la cavidad del absceso.

G. Viau.

Re/. Clorato de potasa . . . . . 5 gramos
Agua destilada . . . . . . 40 »
Jarabe de moras . . . . . 50 »
M.

Para enjuagatorios frecuentes.

Dujardin-Beaumetz.

Re/. Fenol absoluto . . . . . 3 gramos
Tintura de coca . } aa . . 5 »
» » benjuí }
Infusión de coca . . . . . 300 »
M.

Enjuagatorio analgésico.

Ruault.

Re/. Agua destilada . . . . 1 gramo
Clorhidrato de morfina. 0'01 centig.
Hidrato de cloral . . . 0'02 centígs.
M.

Para inyecciones sub-gingivales, con las cuales se disminuye el dolor.

Vidal.

Re/. Tintura de iodo. . } aa . . 4 gramos
» » acónito }
» » benjuí . } aa . . 1 gramo
Cloroformo . . . }
M.

Para embrocaciones en la encía.

G. Viau.

Fístula alveolar.

La *fístula alveolar*, de origen dentario, es una complicación de la caries de cuarto período, implicando una solución de continuidad del alvéolo ó una flegmasia supurada del periostio alvéolo-dentario con mortificación de la pulpa dentaria.

El trayecto fistuloso, cuyo origen corresponde á la extremidad de la raiz del diente enfermo, atraviesa el alvéolo, la encía y á veces el carrillo, saliendo al exterior de la cara. Puede traer graves desórdenes por la destrucción consecutiva del periostio del maxilar, en cuyo caso la necrosis del hueso sobreviene inmediatamente.

Cuando la fístula es originada por un absceso agudo, el líquido es poco espeso, amarillo ó verdoso, afluyendo constante

y sin intermitencias. Cuando reviste la forma sub-aguda ó crónica, el pus, formado debajo del periostio con más lentitud, es concreto y se abre paso por la mucosa ó al nivel del ápice de la raiz, manifestándose alguna inflamación y un punto blanquecino que no es blando ni fluctuante, como en la forma aguda, sino duro, resistente y con cierta prominencia que produce dolor, el cual sólo cesa cuando el líquido sale expontáneamente; pero la recidiva es casi constante, pues el trayecto fistuloso vuelve á cerrarse, y el líquido, dilatando nuevamente los tejidos, vuelve á abrirse paso al exterior. La obstrucción del trayecto fistuloso puede provocar complicacienes de importancia, porque el pus puede fraguarse por el seno maxilar, por la bóveda palatina ó buscar salida al exterior de la cara.

Etiología. Las causas de la *fístula alveolar* son generalmente los abscesos al-

veolares producidos por la caries de cuarto período, los cuales, pasando al estado crónico, dejan permanente el trayecto fistuloso que fluye algún líquido producido por el quiste radicular ó por la envoltura ó saco fibroso engrosado que el diente sostiene en su vértice.

Tratamiento Como para eliminar los efectos es preciso destruir las causas, se ha tratado de taladrar anchamente el hueso hasta llegar al ápice de la raiz para quitar el saco fibroso, si se reconoce como causa; pero semejante procedimiento no lo consideramos prudente, pues es preferible extraer el diente, el cual, si se quiere, puede después reimplantarse. Además conviene tener presente, según advertimos en el capítulo anterior, que cuando un diente está sometido mucho tiempo á una fístula alveolar, las raices se necrosan, y en este caso la extracción se impone con más motivo.

La inyección de soluciones antisépticas, astrigentes y ligeramente cáusticas, como las de fenol, iodo ó nitrato de plata, son las encomiadas; pero obran todas sólo como paliativo, pues la curación no es posible sin que antes desaparezca la causa de la fístula.

FORMULARIO

Re/.	Tintura de iodo. . . .	0'60 centigs.
	» » mirra . . .	6 gramos
	Glicerina	2 »
	M.	

Para inyectar en el trayecto fistuloso.

Foster.

Re/.	Fenol cristalizado. . .	0'25 centigs.
	Mentol	0'50 »
	Alcohol.	2 gramos
	Agua oxigenada . . .	20 »
	M.	

Para el mismo uso.

G. Viau.

Re/.	Timol	0'50 centigs.
	Glicerina	10 gramos
	Agua destilada	50 »

M. S. A.

Para el mismo uso.

Re/.	Fenol cristalizado. . .	0'50 centigs.
	Alcohol.	5 gramos
	Tintura de iodo. . . .	2 »
	Agua destilada	25 »

M. S. A.

Para el mismo uso.

M. V.

Accidentes consecutivos á la extracción

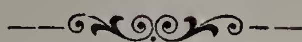


Como consecuencia de la extracción de un diente sobrevienen á veces accidentes más ó menos graves, ya ocasionados por un descuido del operador, por anomalías dentarias ó ya provocados por el estado patológico del individuo; los más frecuentes son: dolor sucesivo á la extracción, hemorragias, síncope, epilepsia, dislaceración gingival, luxación de los dientes, fractura de los dientes y fracturas alveolares.

Puede tambien ocurrir la luxación y la fractura del maxilar inferior, principalmente cuando se opera á los niños; pero aunque este accidente se presenta con poca frecuencia, el Cirujano prudente y previsor procura dar á su mano izquierda una posición conveniente que sirva de protección á la mandíbula.



Dolor sucesivo á la extracción.



Como consecuencia de la extracción de un diente se presenta á menudo un dolor profundo y constante localizado en el lado donde se verificó la operación, persistiendo á veces por espacio de algunos días. Un procedimiento operatorio demasiado violento suele ser causa de este mal. Magitot lo atribuye al contacto del instrumento, á la contusión de la encía, al desgarramiento del periostio alvéolo-dentario, á la ruptura del manojo vásculo-nervioso, al tirón de la pulpa, a la naturaleza y volumen del diente, á las dificultades de la extracción, y, por último, á la susceptibilidad y al temperamento del individuo. Steimberg y Parreidt atribuyen el dolor á una osteitis alveolar, como consecuencia del proceso inflamatorio del

diente vecino, lo cual confirman las observaciones clínicas.

Tratamiento. Witzel, para evitar ó atenuar las complicaciones que pueden sobrevenir á las extracciones, lava el diente y la encía con una solución antiséptica, y después de la operación, limpia escrupulosamente la cavidad alveolar y la lava con una solución fenicada al 20 por 100. Hillischer aconseja la aplicación del tanino iodado. Zeitman recomienda el ópio asociado al alcanfor. Un algodón iodoformado y embebido en una solución de cocaina al 10 y al 20 por ciento contiene tambien el dolor más violento.

FORMULARIO

Re/.	Alcohol alcanforado . .	10 gramos
	Glicerina	10 »
	Creosota de haya . . .	0'50 centígs.
	Agua destilada	200 gramos

M.

Para lavar el alvéolo despues de la extracción.

Poiusot.

Re/.	Cloroformo	5 gramos
	Alcohol rectificado . .	500 »
	Esencia de menta. . .	0'25 centígs.

M.

Se mezcla una cucharadita en un vaso de agua para enjuagatorios.

Viau.

Re/.	Acido fénico	2 gramos
	Agua de menta	100 »
	Esencia de anis.	1 gramo

M.

Para lavar la cavidad alveolar.

Witzel.

Re/.	Alcohol	10 gramos
	Cloroformo	20 »
	Eter sulfúrico } aa	5 »
	Alcanfor . . } aa	5 »
	Láudano	2 »
	Esencia de clavo	1 gramo

M.

Para introducir en el alvéolo un algodón mojado en la mezcla.

Welch.

Re/.	Acido fénico cristalizado } aa.	1 gramo
	Licor de potasa . . . . } aa.	1 gramo
	Agua destilada.	8 gramos

M. S. A.

Si la extracción ha sido motivada por la periostitis, el dolor cede á las dos aplicaciones.

Re/.	Clorhidrato de cocaina .	0'50 centigs.
	Ioduro de potasio. . .	2 gramos
	Agua de rosas	30 »

M. S. A.

Para embrocaciones.

M. V.

Hemorragias.



Al verificarse la extracción de un diente, la ruptura de los pequeños vasos produce un flujo de sangre de variable intensidad, el cual favorece la curación de la dolencia que indica la extracción; pero cuando la cantidad traspasa los límites de la que generalmente puede esperarse ante una operación tan sencilla, puede apreciarse ya como *hemorragia.*

Hay individuos de diátesis hemorrágica, para los cuales ofrece gran peligro la más simple operación; pues se citan casos en que han sido ineficaces todos los medios empleados para contener la afluencia de sangre, y el paciente por fin ha sucumbido víctima de tan funesto accidente.

Las *hemorragias* se presentan con más frecuencia en los individuos de edad avanzada, porque las túnicas de los vasos se encuentran incrustadas de sales terrosas que las vuelven rígidas y las privan de su poder de contractibilidad. La tendencia hemorrágica depende otras veces del estado anormal de la sangre, como sucede en el escorbuto y en la púrpura, afecciones en que la sangre pierde la facultad de coagulación.

«La *hemorrafilia* está caracterizada por una predisposición generalmente hereditaria á hemorragias múltiples que depènden del estado constitucional del individuo: es más frecuente en los hombres y descendientes de una misma familia (Tardie). Los individuos predispuestos á tales accidentes tienen la piel fina y mate, poco cubierta de vello; la capa subcutánea de tejido celular es delgada y floja, rara vez provista de tejido adiposo; el tejido celu-

lar flácido y blando, las escleróticas sumamente transparentes, dejan traslucir el color de la coroidea. Esta constitución se observa sólo en los paises septentrionales, en Alemania, Inglaterra, Francia, etc. »

A veces aparecen en distintos puntos del cuerpo verdaderos equímosis que en algunos casos son más bien tumores sanguíneos que siempre se reabsorben. Las grandes articulaciones se hacen asiento de una tumefacción considerable y de dolores cada vez más vivos, por lo cual esta afección ha sido confundida con el reumatismo. Pero estos accidentes dependen de una infiltración ó derramen de sangre alrededor ó al interior de la cápsula articular.

Con facilidad se repiten las hemorragias por las diferentes mucosas y especialmente por la bucal y la pituitaria; las encías dan sangre, pero sin reblandecimiento y

sin que los dientes se muevan ni se alteren.

La sangre, en los casos de *hemorrafilia*, (Tardieu) es de poca densidad, y, abandonada á sí misma, ó no se coagula ó lo hace incompletamente: este líquido está formado de una serosidad turbia, cargada de materia colorante y en la que sobrenadan depósitos coposos de color de heces de vino, descoloridos también algunas veces y que se adhieren al vaso: además de estos caracteres físicos, el análisis químico da á conocer en la sangre una considerable disminución de fibrina.

Tratamiento. En los casos de *hemorrafilia* el tratamiento es de las atribuciones del médico, aunque poco influye en una afección tan íntimamente relacionada con la naturaleza misma del organismo.

Durante la crisis se recomendará la quietud, la buena alimentación acompañada de los tónicos, y la administración

del sulfato de sosa preconizado como específico. En los casos de *hemorragia* consecutiva á la extracción de un diente usaremos el agua con algunas gotas de tintura de ratania con hielo, ó el mismo hielo en pedazos aplicados á la parte, ó el orgárico en pedazos introducidos en el alvéolo. Puede usarse también con buen éxito el taponamiento por medio de un algodón húmedo en barniz ó alcohol de goma almáciga, limpiando antes la cavidad alveolar y colocando en el fondo como medio gramo de tánico ó ácido girogálico en un algodón ligeramente humedecido con glicerina. El taponamiento por medio de la cera, la gutapercha, ó del mismo diente extraido, es también de buenos resultados

Otro de los medios eficaces para contener la *hemorragia* consiste en limpiar el coágulo y de un modo más ó menos apretado introducir en el alvéolo una hoja de

mático previamente reblandecida y enrollada con la parte vellosa por fuera, colocando un poco de algodón encima, el cual será comprimido entre las mandíbulas por el mismo paciente, cerrando la boca. El éxito del empleo del matico depende del cuidado con que se aplica la hoja. Cuando está reblandecida se corta en tiras que se enrollan en forma de cono, cuyo volnmen debe adaptarse á la capacidad del alvéolo. Se cortan despues á una longitud equivalente á la profundidad alveolar. Este rollo se introduce bien apretado hasel fondo.

La hoja de mático obra como tapón y como astringente. Tomes asegura que siempre ha tenido un éxito completo con este tratamiento cada vez que ha tenido necesidad de aplicarlo.

El percloruro de hierro aplicado localmente sólo obra como cáustico y coagulante y rara vez cohibe la *hemorragia:*

tiene el inconveniente de quemar la boca y destruir el esmalte de los dientes por la presencia del ácido muriático, por lo cual es preferible el tanino, que, sin ocasionar tales perjuicios, obra con igual eficacia.

En los casos graves hay que recurrir á la medicación interna. La ergotina ó el estracto fluido de cornezuelo de centeno producen buenos resultados. La ergotina se administra á la dósis de 10 á 20 centígramos por hora, y el estracto fluido de cornezuelo de centeno á la de 40 á 80 céntígramos. Los colutorios de agua con tanino al 1 ó al 5 por 100 son eficaces.

FORMULARIO

Re/.	Acido crómico	1 gramo
	Agua destilada	10 gramos

M.

Hemostático.

Hollaender.

Re/.	Fenol cristalizado	5	gramos
	Tanino	10	»
	Acido sulfurico puro. . .	2	»
	Alcohol absoluto	30	»
	M.		

Hemostático.

G. Mahé.

Re/.	Acido tánico	2	gramos
	Alumbre pulverizado. . .	4	»
	M.		

Polvo estíptico.

Re/.

Tanino.	5	gramos
Tintura de ratania	10	»
Decocción de hojas de nogal	50	»
Agua de menta	500	»
M. S. A.		

Para enjuagatorios.

Re/.	Ergotina	5	gramos
	Jarabe de azahar	300	»
	M. S. A.		

Poción para tomar tres cucharadas diarias.

M. V.



Síncope.



El *síncope* es un estado morboso que consiste en la suspensión más ó menos completa de la sensibilidad y de la respiración.

Se llama *lipotimia* cuando dicha suspensión es muy pronunciada, y *desfallecimiento* cuando es incompleta.

El *síncope* es un accidente que á veces sobreviene rápidamente, y otras veces va precedido de ligeros movimientos de malestar, ruido de oidos, vértigos, náuseas, etc.: la cara se vuelve pálida, cubriéndose de un sudor vizcoso; los labios pierden su color y el indíviduo se cae, en lo cual consiste la *lipotimia* ó el *desfallecimiento*. Después se paralizan las funciones del cerebro; la respiración y el pulso se detienen, el choque y los ruidos del corazón

apenas se perciben, y el individuo se queda en un estado de muerte aparente que dura algunos segundos ó minutos: después reaparecen las funciones fisiológicas de todos los órganos, cesando los fenómenos patológicos y el paciente se queda en estado de extenuación; pero á veces el accidente se reproduce inmediatamente.

El orígen del *síncope* es la anemia cerebral que generalmente se observa en las personas nerviosas ó histéricas en las cuales las emociones vivas de alegría ó terror, la presencia de heridas sangrientas ó los dolores intensos, producen el accidente.

Tratamiento. Lo primero que procede es colocar al paciente en posición horizontal ó con la cabeza algo más baja que el cuerpo, levantarle los brazos, desembarazarle la cintura de toda presión y mojarle la cara con agua fría ó líquidos aromáticos, con lo cual se consigue la afluencia de la sangre en el cerebro. Después se

procura hacerle tragar una ó dos cucharadas de vino generoso ó cogñac, y si el *síncope* se prolonga mucho, hay que recurrir á los excitantes y revulsivos, á las lavativas y á la respiración artificial.

Cuando el Cirujano sospecha gran pusilaminidad en el paciente debe infundirle cierta comedida confianza, atenuando la importancia de la operación, y aconsejarle que se alimente bien para verificar la operación al siguiente día.

Epilepsia.

«La *epilepsia* es una neurose convulsiva, constituida esencialmente por ataques intermitentes con pérdida súbita y completa del sentimiento, de marcha siempre crónica, acompañada casi constantemente de debilidad, de una perversión y á veces de una abolición de las facultades intelectuales, y las más veces incurable.» (Tardieu).

Los ataques de la *epilepsia* se declaran de un modo brusco y sin fenómenos precursores: fija la cabeza en una rotación forzada, tensos los músculos del cuello, contraidos los labios, suspendida la respiración, abultadas las venas, inyectado de sangre el semblante, concentrado el pulso y abolida la sensibilidad; pero á la rigidez

general pronto se suceden los movimientos convulsivos que ponen en agitación los músculos de la cara, del tronco y de las extremidades. Las mandíbulas producen castañeteo amenazando la fractura de los dientes, y sale por la boca una saliva espumosa y blanquecina. Treinta ó cuarenta minutos después, los sentidos recobran alguna actividad, la inteligencia se recobra y el enfermo pronuncia alguna palabra, cayendo en un sueño largo y pesado, del cual despierta sin recordar nada del pasado acceso.

Lo mismo que todas las enfermedades nerviosas, la *epilepsia* se desarrolla bajo la influencia de una predisposición individual y especial, hereditaria las más veces y favorecida por un temperamento nervioso y una constitución débil. Las mujeres son más propensas que los hombres á tan grave y rebelde afección: la favorecen en ciertos casos el trabajo de la segunda den-

tición y los trastornos de la menstruación. Entre las causas accidentales es de gran influencia un súbito terror ocasionado por una operación quirúrgica ú otra causa.

Tratamiento. Tan terrible y grave enfermedad, rebelde casi siempre á los recursos de la medicina, corresponde sólo á las atribuciones del Médico. El humilde papel del Cirujano Dentista sólo se limita á protejer al enfermo, colocándolo en posición conveniente para evitar que se lastime durante las convulsiones, y vigilándole bien la lengua para impedir que sea presa de los dientes.

Tardieu preconiza las inspiraciones de éter, que, modificando profundamente el sistema nervioso, han disminuido en ciertos casos el número de accesos y retrasado su aparición. Graves ha preconizado las preparaciones de belladona, Trousseau las de sulfato de zinc y Herpin las de lactato de zinc.

Durante el ataque puede comprimirse la carótida y mojar la cara y el cuello con agua fría ó con líquidos aromáticos. Si el accidente se prolonga mucho se administrará un gramo de bromuro de potasio en agua cada media hora hasta repetirse cuatro ó seis veces, y en último extremo se recurrirá á la sangría.

Dislaceración gingival.



La *dislaceración gingival* es hoy poco frecuente, dados los modernos conocimientos quirúrgico-dentales. En la extracción de los cordales se puede facilmente dislacerar la mucosa si no se tiene la precaución de desbridar sus adherencias en la parte posterior del cuello de la muela. Cuando la operación se verifica con calma, movimientos cortos y la vista fija en el diente que se extrae, si la *dislaceración* ha pasado desapercibida se nota al iniciarse y fácilmente puede evitarse el accidente.

Tratamiento Cuando el colgajo es grande se reune; pero si es pequeño conviene más separarlo, pues el tejido gingival se repone con suma facilidad. Si en los grandes desgarramientos sobrevienen fenómenos inflamatorios se combaten con emolientes, y si se presenta algún absceso se dilatará en su oportunidad.

Luxación de los dientes.



Los dientes, debido á accidentes traumáticos, pueden ser luxados ó expulsados de su alvéolo; pero con frecuencia el traumatismo proviene de algún descuido del operador; pues la posición violenta del instrumento, el ancho desproporcionado de sus ramas ó el acuñamiento, entre sus inmediatos, del diente que se extrae, suelen ser causa de tan lamentables accidentes.

Las *luxaciones* pueden ser parciales, completas y complicadas.

Luxaciones parciales. Se llaman así cuando sólo comprenden la simple conmoción del diente.

Luxaciones completas. Se refieren á los dientes completamente expulsados de su alvéolo.

Luxaciones complicadas. Son denominadas así cuando á la luxación del diente se agrega la fractura alveolar con desgarramiento de la encía.

Tratamiento. Si la *luxación* es *parcial,* la consolidación sobreviene pronto. Se comprime el diente contra su alveolo y se hacen embrocaciones en la encía con preparaciones iódicas y ligeramente astringentes para activar la curación y evitar una periodontitis consecutiva.

Cuando la *luxación* es *completa*, sin que haya ocurrido fractura dentaria ni alvéolar, se lava y desinfecta cuidadosamente el diente, se corta la punta de su raiz para que no comprima después el filete nervioso del fondo del alvéolo, y se vuelve á colocar en su sitio, sujetándolo perfectamente con la ligadura ú otros medios apropiados. En este caso el diente puede contraer conexiones membranosas con el alvéolo; pero no hay razón para suponer

que la pulpa pueda conservar su vitalidad, y más bien deben esperarse consecuencias morbosas más ó menos tardías.

FORMULARIO

Re/. Tintura de iodo . } aa . .		5 gramos
» » ratania }		
Glicerina	20	»

M. S. A.

Colutorio para embrocaciones.

Re/. Timol	0'50	centígs.
Tintura de eucaliptus .	5	gramos
Tanino	3	»
Agua destilada	300	»

M. S. A.

Para enjuagatorios.

M. V.

Fractura de los dientes.

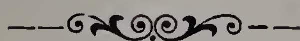


Además de las fracturas accidentales que ya hemos descrito en otro capítulo, existen las producidas por la intervención quirúrgica; pero la *fractura de los dientes* ocurrida durante la operación, no siempre es ocasionada por descuidos del Cirujano, pues predisponen á la fractura de la corona la extremada friabilidad de sus tejidos ó la dirección viciosa de sus raices que tienden á la exagerada convergencia ó divergencia.

Tratamiento. Cuando se trata de la *fractura* de un diente con pulpa viva y ésta queda descubierta, procede devitalizarla si no se quiere extraer el fragmento.



Fracturas alveolares.



Durante la extracción de un diente, la *fractura alveolar* constituye uno de los accidentes más frecuentes, ya por emplear un instrumento no apropiado al caso, por los movimientos improcedentes del operador ó por las adherencias de la raiz al hueso maxilar.

Tratamiento. Si el fragmento ha sido completamente desprendido se separa y se regularizan las puntas agudas que hayan quedado en la parte del maxilar donde estaba unido; pero si queda adherido y hay probabilidades de que pueda consolidarse, debe comprimirse hacia su sitio, buscando los medios de mantenerlo fijo hasta la curación.

Si el fragmento que se ha de separar es grande y ofrece peligro de alguna hemorragia, puede dejarse en su sitio, procu-

rando excitar la parte con enjuagatorios de preparaciones autisépticas y ligeramente astringentes hasta que el secuestro pueda ser fácilmente eliminado.

Debe tenerse especial cuidado en no dejar pequeñas esquirlas incrustadas en el tejido gingival, porque, obrando después como cuerpos extraños entran en putrefacción y producen focos purulentos.

FORMULARIO

Re/. Tintura de mirra. } aa	10	gramos
» » quina. }		
Alcohol de menta	80	»
Agua destilada	600	»

M. S. A.

Para enjuagatorios.

Re/. Tintura de ratania. . . .	6	gramos
Acido benzoico	4	»
Glicerina	25	»
Agua destilada	300	»

M. S. A.

Para enjuagatorios.

M. V.

Inflamación de la mucosa del seno maxilar.



La simple *inflamación de la mucosa del seno maxilar* es rara vez expontánea, pues casi siempre obedece á una causa determinante. La inflamación puede ser aguda ó crónica. En la forma aguda el orificio normal, ó sea el antro, que comunica las fosas nasales con el seno, generalmente se oblitera por la tumefacción de la mucosa que lo reviste. El dolor en la mejilla es profundo y persistente, irradiándose por todo el lado correspondiente, á las fosas nasales, al oido, al ojo y á la arcada dentaria: la mejilla se inflama en la parte correspondiente á la cara anterior del seno, presentando un color rojizo y un calor anormal.

Esta afección puede confundirse con el

coriza, la neuralgia orbitaria ó la periodontitis, las cuales pueden existir simultáneamente; pero el sitio del dolor y su intensidad son indicios que facilitan el diagnóstico.

En la forma crónica el dolor es de poca intensidad, y termina la ligera inflamación generalmente por resolución; pero algunas veces sobreviene la supuración, en cuyo caso la afección es grave.

Etiología. Las contusiones violentas en la región del seno pueden provocar un derramen sanguíneo y éste dar origen á la inflamación de la mucosa que lo reviste ó á un absceso. Muchas veces la inflamación simple resulta como consecuencia del traumatismo, de un cuerpo extraño, del coriza agudo, de la caries dentaria, de la periodontitis y osteo-periostitis de los molares y alvéolos correspondientes al seno, cuyo tabique inferior es una lámina delgada de tejido compacto, muchas veces

perforada por la extremidad de las raices, las cuales se ponen en contacto con la mucosa y le transmiten su irritación. Durante el curso de afecciones generales, como reumatismo, fiebre tifoidea, viruela, etc., ha sido tambien observada la *inflamación de la mucosa del seno maxilar*.

TRATAMIENTO. En la forma aguda se recomiendan la dieta, los purgantes, las sangrías en la encía y las pomadas resolutivas, con lo cual puede obtenerse la resolución; pero, si apesar de estos medios empleados, se presenta la supuración, habrá que recurrir al tratamiento que indicaremos en el capítulo siguiente, en el que nos ocuparemos del absceso del seno maxilar.

FORMULARIO

Re/.	Clorhidrato de amoniaco.	1 gramo
	Alcanfor.	0'50 centigs.
	Estracto de beleño. . .	2 gramos
	Vaselina.	20 »

H. S. A.

Pomada.

Re/.	Ioduro de potasio	1 gramo
	Estracto de ratania . . .	2 gramos
	» » opio	1 gramo
	Vaselina	20 gramos

H. S. A.

Pomada.

M. V.

Absceso del seno maxilar.



Esta afección está caracterizada por un dolor profundo, inflamación de la mejilla ó de la bóveda palatina al lado correspondiente al seno afectado, y un derramen de pus por la nariz cuando el paciente expele con violencia por ella el aire inspirado ó cuando inclina la cabeza hacia el lado opuesto al afectado, saliendo entonces por su propio peso por el orificio natural de comunicación con las fosas nasales; pero como dicho orificio es muy elevado queda acumulado en la base del seno una gran parte, que, mezclándose con el aire exterior, se altera y adquiere extremada fetidez. Con frecuencia el pus acumulado y retenido en el seno produce una dilatación considerable de sus paredes, siendo la anterior la primera en ceder, con lo que re-

sulta en la mejilla un tumor duro y resistente que por último se hace blando y fluctuante. Las paredes del seno están á veces adelgazadas, reabsorbidas ó necrosadas, y otras veces están de tal manera espesadas que se confunden con la existencia de un tumor óseo en el seno maxilar. Dumenie cita un caso en que la mucosa se ha visto osificada.

Cuando el antro, ó sea el conducto natural de comunicación del seno á las fosas nasales, se obstruye por la inflamación de la mucosa que lo reviste, el pus, dilatando y adelgazando las paredes de la cavidad ósea, se abre paso al través de la mejilla, de la bóveda palatina ó del tabique superior infra-orbitario. La prolongada permanencia de la colección purulenta en el seno, trae como consecuencia la caries ó la necrosis de sus paredes.

Etiología. La inflamación de la mucosa, desenvuelta bajo la influencia de una de

las causas citadas en el capítulo anterior, puede ser origen del *absceso del seno maxilar*. Un cuerpo extraño, como una raiz; el traumatismo ó las heridas producidas por instrumentos punzantes; el estado general sometido á enfermedades, como la viruela, el sarampión ó la sífilis; y la inflamación de las partes inmediatas al seno, como la del periostio alvéolo-dentario de los molares que le corresponden, son causa del absceso. Han ocurrido casos en que durante una operación ha sido introducida una raiz en el seno maxilar, la cual, obrando como cuerpo extraño, ha provocado serias complicaciones.

TRATAMIENTO. Lo primero que procede es practicar una abertura por la parte más declive, verificando la perforación por la fosa canina ó por el borde alveolar correspondiente al seno, aunque el tumor presente gran prominencia en la bóveda palatina ó en la mejilla, y aunque el pus

tenga salida por las fosas nasales ó por el tabique infra-orbitrario. Despues de practicada la abertura se desaloja bien la cavidad de todo su contenido, y si existe alguna raiz ú otro cuerpo extraño, es de imperiosa necesidad su eliminación sin la cual sería ineficaz todo tratamiento terapéutico. Por último se hacen frecuentes inyecciones de agua tibia fenicada ó boricada y de otras soluciones antisépticas y ligeramente astringentes.

FORMULARIO

Re/. Acido fénico		5 gramos
Sulfato de morfina . .		0'25 centígs.
Acido tánico		1 gramo
Glicerina pura.	aa . .	15 gramos
Agua destilada		

M.

Inyección calmante y astringente.

Frank Abbot.

Re/. Iodo puro.	0'10	centígs.
Ioduro de potasio. . . .	0'20	»
Agua destilada	240	gramos.

M.

Para una inyección diaria.

Lugol.

Re/. Fenol.	1	gramo
Tintura de iodo.	5	gramos
» » mirra	15	»
Acido bórico.	6	»
Decocción de quina	300	»

M. S. A.

Para inyecciones.

M. V.

Fístula del seno maxilar.



Estas *fístulas* se abren paso unas veces por el fondo de algún alvéolo desalojado, otras por la mejilla, y con más frecuencia por la bóveda palatina, siendo constante la producción de un pus fétido. El aire inspirado ó una inyección verificada por el trayecto fistuloso penetra por las fosas nasales, aunque estos signos pueden faltar por hallarse obliterado el antro.

A veces la *fístula*, abandonada á sí misma, cura expontáneamente, y con más frecuencia si tiene la abertura en un punto de declive, pero otras veces persiste indefinidamente. Esceptuando la deformidad de la cara á que muchas veces estas *fístulas* dan lugar, su pronóstico es benigno, principalmente si no van acompañadas de inflamación del seno maxilar.

Etiología. La *fístula del seno maxilar* es muchas veces consecuencia de la avulsión de un diente, de la persistente abertura por la cual se ha vaciado un absceso, de una herida en el seno maxilar, de un secuestro ó de un cuerpo extraño.

Tratamiento. Dice Jamain que estas *fístulas* deben ser abandonadas á la misma naturaleza, limitándose el papel del Cirujano sólo á la vigilancia; pero nosotros consideramos que éste está en el imprescindible deber de recurrir á cuantos medios nos suministra hoy la ciencia para conseguir eliminar la causa productora de una afección que, en ciertos organismos, podría provocar complicaciones de consideración.

Si el trayecto fistuloso no se halla en la parte inferior, se practica en ella una contra-abertura para que el pus descienda por su propio peso. Después se estudia detenidamente la causa productora del mal, y si

consiste en la permanencia de algún secuestro ú otro cuerpo extraño en el seno maxilar, se elimina: á veces la necrosis de una parte de sus tabiques constituye la causa de la persistente supuración.

FORMULARIO

Re/. Bicloruro de mercurio .	0'10 centígs.	
Alcohol.	10 gramos	
Tintura de iodo. . . .	5	»
Agua destilada	200	»

M. S. A.

Para inyecciones.

Re/. Acido bòrico	2 gramos
Sulfato de cobre.	1 gramo
Deccoción de quina	100 gramos

M. S. A.

Para inyecciones.

M. V.

Caries de los maxilares.



La *caries de los maxilares* es una afección poco frecuente, y está caracterizada por la degeneración grasosa de los osteoplastos, con medulización, reblandecimiento y, por último, ulceración del hueso. El estudio comparativo de las lesiones anátomo-patológicas de la *caries de los maxilares* con el de la osteitis tuberculosa, demuestra la identidad completa de estos dos procesos.

La *caries* se presenta con más frecuencia en el maxilar superior, lo cual puede ser consecuencia directa de su producto inmediato con las vías aéreas por el seno maxilar.

La tumefacción es debida á la periostitis del tejido óseo próximo y á la congestión hipertrófica de la mucosa palatina.

El dolor se acentúa con más intensidad por la noche.

El carácter de la *caries* varía según la naturaleza de la inflamación y la causa que la determina, resultando la substancia ósea más ó menos destruida por un proceso de ulceración acompañado de supuración, la cual suele contener porciones de tejido óseo degenerado, en disolución, ó en forma de pequeñas partículas. Conviene distinguir la *caries* de la absorción intersticial de un hueso, la cual sobreviene á consecuencia de la compresión ejercida por un tumor ó un diente muerto, que, debilitando la nutrición de dicho hueso, lo reabsorben, como sucede en el margen alveolar del maxilar en los individuos de alguna edad.

Etiología. La escrófula, la sífilis y el escorbuto, son casi siempre las causas predisponentes de esta afección: las causas determinantes consisten en la periodonti-

tis, la gingivitis, el absceso sub-perióstitico y otras afecciones locales, que, destruyendo el periostio del hueso, privan á éste de sus medios de nutrición.

Tratamiento. El paciente debe ser sometido á una medicación interna capaz de combatir la influencia del estado caquéctico. El tratamiento local consiste en la resección de las porciones cariadas y en los frecuentes lavatorios con soluciones antisépticas y estimulantes Las embrocaciones con una disolución de nitrato de plata, son de buenos resultados.

FORMULARIO

Re/. Timol	1	gramo
Hidrato de cloral. . . .	10	gramos
Alcohol	20	»
Agua esterilizada. . . .	1000	»

M.

Para gargarismos é inyecciones.

G. Viau.

Re/.	Bicloruro de mercurio.	0'60	centígs.
	Alcohol	200	gramos
	Agua destilada. . . .	1000	»

M.

Para el mismo uso.

Cazenove.

Re/.	Tintura de iodo.	5	gramos
	Clorato de potasa	2	»
	Agua destilada	100	»

M. S. A.

Para inyecciones.

Re/.	Ioduro de potasio	6	gramos
	Tintura de eucaliptus . .	10	»
	Decocción de quina . . .	200	»

M. S. A.

Para inyecciones y enjuagatorios.

M. V.

Necrosis de los maxilares.



Necrosis es la mortificación del tejido óseo.

La acción de causas locales y generales trae perturbaciones en la vascularidad del hueso y determina su desorganización; obrando éste ya como nn cuerpo extraño, cuyo contacto irrita las partes sanas y da lugar al desarrollo de una membrana granulosa encargada de protegerlas, rechazando y eliminando el secuestro.

Si en la gangrena ó mortificación de los tejidos blandos se sufre una pérdida de substancia muchas veces irreparable, en la *necrosis* la eliminación va acompañada de un trabajo reparador, devolviendo al hueso sus caracteres de forma, dimensiones y solidez; pero en el maxilar superior la regeneración del hueso perdido casi nunca se verifica, y sería inútil esperar la

obturación expontánea de las perforaciones de la bóveda palatina Sin embargo, Ollier cita casos de regeneración ósteo-fibrosa, ó reproducción ósea incompleta de las porciones palatina, nasal y orbitaria.

Pueden considerarse á la necrosis dos períodos: primero, cuando el hueso necrosado está todavía en continuidad con las partes circundantes; segundo, cuando el secuestro se ha desprendido del hueso sano y está movible.

En el primer caso el carrillo se hace asiento de una tumefacción más ó menos considerable, acompañada de reblandecimiento y destrucción de las encías; la porción alveolar está descubierta, y el hueso lleno de orificios ó cloacas obstruidas de pus, verdaderos depósitos de microorganismos que son los agentes de transmisión del proceso inflamatorio. El hueso, aunque separado de su periostio, conserva todavía cierto grado de vitalidad,

debido á lo cual el secuestro tarda meses y á veces años en hacerse movible.

En el segundo caso el secuestro está completamente oscilante; pero á veces su eliminación se dificulta por lo energicamente incrustado que se halla en el resto del hueso.

La *necrosis de los maxilares* puede ocasionar la muerte, tratándose de niños de corta edad ó de individuos debilitados por enfermedades graves sufridas anteriormente, como pneumonia, fiebre tifóidea, escorbuto, etc., ó cuando se complica con la erisipela, la flebitis de los senos ó la meningo-encefalitis. El enfermo puede tambien sucumbir aniquilado por la supuración ó á consecuencia de la intoxicación producida por el pus deglutido.

Etiología. Las principales causas de esta afección son el traumatismo, el abscèso sub-perióstico y la sifilis.

El absceso sub-perióstico es muchas ve-

ces provocado por la caries de cuarto período, porque el pús, después de perforar la pared alveolar, halla como obstáculo la resistencia del periostio, y, fraguándose entre éste y el hueso, determina la destrucción de dicha membrana protectora y por consecuencia, la cesación nutritiva y muerte del tejido óseo.

En la gingivitis expulsiva, en la periodontitis y otras afecciones dentarias, la inflamación parece propagarse del periostio alvéolo-dentario á la pared alveolar y de ésta al periostio del hueso, y entonces sobreviene la *necrosis* limitada primeramente á la porción alveolar y extendiéndose en ciertos casos á la bóveda palatina. La caries y la erupción laboriosa del cordal inferior pueden provocar por consecuencia la *necrosis* de un fragmento del cuerpo y de la misma rama ascendente del maxilar inferior. La prolongada supuración de trayectos fistulosos, convertidos en

verdaderos focos de microorganismos y otros agentes sépticos, y el absceso crónico del seno maxilar, pueden provocar la destrucción del periostio y ser tambien origen de la afección que nos ocupa.

TRATAMIENTO. En el primer período de la *necrosis* se hacen desbridamientos con el bisturí, poniendo en comunicación los depósitos de pus formados entre el tejido gingival y el periostio y debajo de éste, con lo cual se consigue limitar la zona inflamatoria de las partes blandas. Después con instrumentos apropiados se rompen las cavidades que existen en el hueso, trepanando los alvéolos para poder desalojar ampliamente los focos purulentos y microbiciados. Terminada esta operación, se hacen enérgicos lavatorios por medio de una bombita ó jeringa cargada con una solución de permanganato de potasa. Con este tratamiento paliativo, que se reduce á la limpieza por medio de irri-

gaciones antisépticas, se espera á que el secuestro se manifieste móvil, que es cuando el proceso se halla ya en su segundo período: entonces se extrae el secuestro y si ofrece alguna resistencia, se fracciona para extraerlo con más facilidad.

Este procedimiento tiene la ventaja del auxilio que la misma naturaleza ofrece al Cirujano, tendiendo á desprender y eliminar el secuestro como á cuerpo extraño; pero otras veces el proceso morboso sigue su curso hasta destruir todo el maxilar, por lo cual el Cirujano debe optar por verificar la inmediata resección del hueso afectado sin esperar á que el secuestro ofrezca movilidad.

Terminada la curación se corrigen las deformidades y las imperfecciones funcionales que deja la ausencia del hueso, por medio de aparatos protésicos apropiados que obturen los desperfectos de la porción nasal ó palatina.

FORMULARIO

Re/.	Nitrato de plata . . .	0'20 centígs.
	Agua destilada	30 gramos

M.

Para aplicar con un algodón en el alvéolo.

White.

Re/.	Tintura de eucaliptus . .	10	gramos
	Alcohol de 90°	20	»
	Agua oxigenada	30	»
	» destilada	250	»

M.

Para inyecciones.

G Viau.

Re/.	Permanganato de potasa	0'50 centígs.
	Timol	1 gramo
	Alcohol.	10 gramos
	Agua destilada	400 »

M. S. A.

Para inyecciones.

Re/.	Ioduro de potasio	20	gramos
	Esencia de trementina . .	10	»
	Jarabe de azahar	500	»

M. S. A.

Poción para tomar cuatro cucharadas diarias.

M. V.

Necrosis fosfórica de los maxilares.



La *necrosis fosfórica de los maxilares* presenta, con poca diferencia, los mismos caracteres anátomo-patológicos que la descrita en el capítulo anterior. Por su tendencia invasora pasa á veces de los maxilares al hueso de la base del cráneo, determinando en su nivel la meningitis supurada.

El enfermo experimenta odontalgía, salivación sanguinolenta, fenómenos de ósteo-periostitis, supuración abundante y fétida, y septicemia crónica consecutiva á la absorción del pus. Los tejidos blandos que protegían el hueso están desprendidos y éste se descubre en su porción alveolar, presentando una coloración negruzca.

Etiología. Son principalmente atacados de esta enfermedad los obreros que

trabajan en las fábricas de fósforos; pues en ellas la atmósfera está saturada de ácido fosfórico, que, al ser eliminado por las glándulas salivares, ejerce una acción local directa sobre los maxilares, provocando la afección que nos ocupa.

Una caries de cuarto período, acompañada de frecuentes accidentes locales, como los abscesos ó la gingivitis propagada consecutivamente á la base profunda de la fibro-mucosa y al tejido óseo, pueden también determinar la *necrosis fosfórica de los maxilares.* Entre los individuos sometidos á la acción de los vapores del fósforo son más propensos á contraer esta afección los de constitución débil y que no observan higiene de la boca ó padecen alguna afección en ella, lo cual es motivo de constante irritación local.

Tratamiento. Como medio preventivo conviene usar una higiene rigurosa en la boca, con lo cual existirá menos propen-

sión á contraer la enfermedad referida. El ioduro de potasio, administrado á altas dosis, está muy recomendado. Mears ha preconizado los vapores de trementina, que Personne considera como antídoto del fósforo.

FORMULARIO

Re/.	Acido crómico	1 gramo
	Agua destilada	10 gramos

M.

Para embrocaciones.

Hollaender.

Re/.	Tintura de eucaliptus . . .	5 gramos
	Cloral hidratado.	10 »
	Alcohol de 90°	300 »

M.

Se usa una cucharadita en medio vaso de agua tibia para inyecciones y enjuagatorios.

G. Viau.

Re/. Esencia de trementina . .	15	gramos
Goma arábiga pulverizada.	8	»
Agua.	180	»
Para emulsionar y unir con		
Jarabe de gengibre . . .	25	»
Eter nítrico	5	»

M. S. A.

Poción para tomar de tres á cinco cucharadas diarias.

Ewald.

Re/. Timol	0'50	centigs.
Ioduro de potasio. . .	10	gramos
Infusión de salvia. . .	300	»

M. S. A.

Para enjuagatorios.

Re/. Esencia de trementina . .	10	gramos
Creosota	1	gramo
Glicerina	50	gramos

M. S. A.

Para embrocaciones.

M. V.

Odontalgia.

Odontalgia es el nombre con que se designa á toda sensación dolorosa de origen dentario. El dolor es paroxístico y proviene de las lesiones de la pulpa ó del periostio alvéolo-dentario en evolución, distinguiéndose de los demás dolores de la misma región, principalmente de la neuralgia facial, cuyo origen es generalmente la alteración fisiológica constitucional y pocas veces la lesión de algun diente. El *tic* doloroso que se experimenta en la cara, y que es el que caracteriza la neuralgia facial, difiere mucho del dolor pulsativo provocado por la periostitis, la pulpitis, la gingivitis ó el absceso. La exploración cuidadosa del sistema dentario facilitará el diagnóstico de la *odontalgia*, de la cual es un síntoma el aumento del dolor ante

la presión, pues indica un trabajo inflamatorio sub-agudo crónico que evoluciona al lado de la pulpa y del periostio alvéolo-dentario. Los abscesos de odontalgia con fluxión y edemas de la cara indican un estado séptico local con formación de pus.

A veces el dolor presenta todos los caracteres de la *odontalgia* sin afectar á la pulpa ni al periostio, como resulta con el dolor sucesivo á la extracción de un diente, cuyo dolor es producido por la compresión de los nervios dentarios sobre el trayecto de una de sus ramas.

Etiología. Las causas de la *odontalgia* son: la periodontitis, la gingivitis, la pulpitis, la caries de tercero y cuarto período, el exóstosis, la compresión del quinto par, producida por una afección sifilítica de sus conductos óseos, la osificación de la pulpa, etc.

Tratamiento. Son recomendados los

analgésicos locales y los sedativos generales. El tratamiento se conducirá según las causas que hayan provocado la *odontalgia*, procediendo según se ha indicado en cada una de las afecciones que originan el dolor odontálgico.

FORMULARIO

Re/.	Tintura de árnica	20 gramos
	Láudano de Sidenham . .	1 gramo
	Agua destilada	300 gramos
	M.	

Mistura para tener en la boca un rato, tratándose de la caries generalizada.

Magitot.

Re/.	Hidrato de cloral	5 gramos
	Agua destilada	500 »
	Alcoholato de esencia de eucaliptus	50 »
	M.	

Para tener en la boca unos instantes.

Martineau.

Re/. Hidrato de cloral . . . . 2 gramos
Agua destilada .⎫
Jarabe de cerezas⎭ aa. . . 60 »
M.

Poción para tomar una cucharada cada hora.

Deliaux.

Re/. Atropina . . . . . . 0'10 centígs.
Alcohol de 50° . . . . 20 gramos
M.

Se mezclan una ó dos gotas en un vaso de agua para enjuagatorios.

Bouchardat.

Re/. Tintura de opio. .⎫
» » acónito⎭ aa . . 3 gramos
Cloroformo . . . . 4 »
Laudano de Sidenham . . 2 »
Agua destilada . . . . . 300 »
M. S. A.

Para enjuagatorios.

Re/. Hidrato de cloral . . . . 3 gramos
Cloroformo⎫
Eter . . .⎭ aa. . . . . . . 1 gramo
Alcohol. . . . . 5 gramos
M. S. A.

Para aplicación local.

M. V.

Luxación de la mandíbula inferior.



La *luxación de la mandíbula inferior* puede ser unilateral y bilateral. En el primer caso, en que la luxación es de un solo cóndilo, la comisura labial del lado sano está retraida hácia abajo, y la depresión del conducto auditivo no existe más que en el lado de la luxación. En el segundo caso, que es el más frecuente, la boca está abierta y no puede cerrarse; la mandíbula se dirige hácia delante, la masticación es imposible, y delante de cada conducto auditivo se advierte una depresión en el punto que corresponde al cóndilo dislocado.

Etiología. Las causas de este accidente consisten en los choques, caidas, golpes y otros traumatismos. Los individuos que han sufrido una vez la *luxación de la mandíbula inferior* quedan muy pro-

pensos á la recidiva, de la cual es á veces causa determinante un simple bostezo.

Tratamiento. Para practicar la reducción se introducen en la boca los dos pulgares envueltos en lienzos, y fijándolos sobre los dos últimos molares inferiores, mientras los demás dedos rodean la rama horizontal de la mandíbula, se imprime á ésta un movimiento de retropulsión para desenganchar la apófisis coronoides. La tracción ha de ser sostenida y enérgica para que los músculos se cansen y cedan. Desde Hipócrates éste es el procedimiento más admitido y usado. Después que se ha conseguido fijar los cóndilos de la rama ascendente en la cavidad glenoidea del temporal, se dejan con precaución deslizar los pulgares hácia el borde alveolar externo para evitar la fuerte presión que recibirían entre ambas mandíbulas al cerrarse éstas bruscamente.

Leimos hace tiempo el procedimiento

curioso que á continuación consignamos:

«Para reducir las luxaciones de la mandíbula, por las cuales puede un individuo quedar mucho tiempo con la boca abierta, se debe manipular de la manera siguiente:

»Se sienta al paciente y se le introduce entre los últimos molares un terrón de azúcar á cada lado, se apoya la cabeza del paciente contra el pecho del operador, y con las manos cruzadas se impele hacia delante la mandíbula, que se cierra de un modo natural.

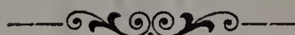
»En adelante se abrirá la boca con las debidas precauciones, sobre todo al bostezar.»

Este procedimiento puede ofrecer buen éxito si la manipulación se verifica oportuna y habilmente, porque la misma naturaleza sirve de auxiliar al operador; pues la mucosa bucal al experimentar el contacto del azúcar excita la acción de las glándulas sub-maxilar y sub-lingual que

respectivamente segregan, aquélla la saliva de la gustación y ésta la de la deglución, aumentando el ptialismo y relajando el masetero, el temporal y los pterigoideos interno y externo, que son los músculos encargados de elevar la mandíbula inferior. Cruzando entonces las manos debajo la barba é imprimiendo á la mandíbula un movimiento de balance ascendente y antero-posterior, se hacen obrar como eje los terrones de azúcar, los cuales, impregnados ya de saliva y bajo la presión de los molares, se trituran, dando lugar á que la articulación témporo-maxilar vuelva á su estado normal.

Después de obtenida la reducción, la mandíbula se mantendrá inmóvil por medio de un vendaje cabestro que se sujeta á la cabeza. El enfermo se alimentará con substancias líquidas durante algunos días, procurando no hablar ni intentar el más leve movimiento con la mandíbula.

Fractura del maxilar inferior.



La *fractura del maxilar inferior* puede verificarse en el cuerpo, que es la más frecuente, en su ángulo, en sus ramas ó cuello, y en la sínfisis, que es la más rara. Segun la parte del maxilar donde la fractura ha tenido lugar, los fragmentos se separan más ó menos y los dientes pierden su articulación natural, pues hay dolor, dificultad para mover la mandíbula y algunas veces deformidad ocasionada por la separación de los fragmentos.

Etiología. Las mismas causas que producen la luxación pueden ocasionar también la *fractura del maxilar:* las más frecuentes son los choques, golpes, caidas, y en los niños la extracción violenta de un molar.

Tratamiento. Este consiste en ajustar los fragmentos por medio de ligaduras en los dientes próximos á la división, ó en aplicar un vendaje barbal; pero no siempre estos medios ofrecen buen éxito, y entonces hay necesidad de improvisar un aparato de gutapercha, madera ó yeso, que se adapte al caso que se ofrezca, con lo cual la consolidación se verifica menos viciosamente, y en poco tiempo.

Constricción de las mandíbulas.



La *constricción de las mandíbulas,* que consiste en la pérdida más ó menos completa del movimiento de descenso en la mandíbula inferior, es un síntoma de otras afecciones, como la contractura muscular, las cicatrices, la anquilosis, etc.

La contractura de los músculos elevadores de la mandíbula inferior rara vez es idiopática, pues con frecuencia constituye un síntoma de irritación de causa dentaria, como la caries, la erupción laboriosa del cordal, la gingivitis flegmonosa, la artritis témporo-maxilar, la presencia de cuerpos extraños, etc.

La *constricción de las mandíbulas* ofrece diversos períodos: unas veces los arcos alveolares se separan un poco, sin comprometer la alimentación; pero otras veces

los dientes se hallan en contacto, guardando una articulación violenta, en cuyo caso la alimentación se dificulta y si sobrevienen vómitos hay peligro de sofocación.

Etiología. Las causas de esta afección pueden ser la contractura muscular, las cicatrices y la anquilosis.

La retracción muscular es pocas veces la única causa de la *constricción de las mandíbulas*, pues ésta puede ser consecuencia de la complicación secundaria de la anquilosis ó de las cicatrices. La retracción muscular se atribuye al masetero, al pterigoideo interno ó al temporal. Duchenne ha señalado como causa de la *constricción de las mandíbulas* la retracción del bucinador consecutiva á la parálisis facial.

La contractura cicatricial es la más frecuente é importante de las causas de la afección que nos ocupa. Las cicatrices que

la producen suceden casi siempre á la estomatitis ulcerosa ó á la gangrena de la boca, ocupando generalmente la cara interna del maxilar, la porción inter-maxilar de la mejilla y estableciendo con frecuencia adherencias entre las partes blandas y la cara externa del maxilar inferior ó de los dos maxilares, y cuyas adherencias se tienen por bandas fibrosas, fibrocartilaginosas y aun óseas.

Otra de las causas frecuentes de la *constricción de las mandíbulas* es la anquilosis, la cual puede ser fibrosa ú ósea, periférica ó central, resultando como consecuencia de contusiones sobre la articulación ó el mentón. Permite algunos movimientos y no impide por completo la alimentación.

La anquilosis suele ser provocada por la artritis seca témporo-maxilar, que afecta al mismo tiempo las articulaciones de las vértebras del cuello, especialmente la del

atlas. En dicha artritis se observa desgaste en los fibro-cartílagos articulares; eburneación de las superficies óseas, que al mismo tiempo están deformadas: la cavidad glenoidea se hace irregular; el cóndilo tiende á desaparecer y quizá á ser reemplazado por una superficie huesosa, nodosa ó cónica; las estalactitas óseas se desarrollan alrededor de la articulación, dificultando á ésta sus movimientos, á lo cual contribuyen también los cuerpos extraños que suele contener.

Cuando la artritis témporo - maxilar produce la anquilosis y por consecuencia la constricción completa de las mandíbulas, comprometiendo la alimentación, el caso es entonces grave.

Tratamiento. El tratamiento varía segun la forma de constricción.

Como medio paliativo se ha practicado la extracción de algunos dientes ó de una porción alveolar de la mandíbula inferior

para poder alimentar al paciente; pero este medio está ya hoy desechado, atendiendo sólo al tratamiento curativo, que Follin divide en los siguientes cinco grupos, de los cuales estractamos lo más esencial:

Medios destinados á combatir la contractura ó rigidez articular. Estos medios terapéuticos, que se asocian ventajosamente á los mecánicos, consisten en los revulsivos y resolutivos, como vejigatorios y tintura de iodo, aplicados sobre la articulación afectada. La electrización puede ofrecer buenos resultados.

Medios mecánicos. Estos consisten en conos de madera ó en los instrumentos designados con el nombre de *abre-boca*, los cuales se componen de placas paralelas que, colocadas entre los dientes, se separan progresivamente por medio de un tornillo.

Sección de las partes blandas. Este método comprende la sección de las bridas

cicatriciales y la de los músculos: la primera ofrece buen éxito si dichas bridas son verticales y no existen adherencias entre la cara interna del carrillo y la externa de los maxilares; la segunda es insuficiente en la mayoría de los casos, porque la retracción muscular es casi siempre un síntoma de la constricción cicatricial ó de la anquilosis.

Autoplastía combinada con la sección de las bridas. Este método, debido á Rizzoli, consiste en desviar la cicatriz y emplearla para llenar las pérdidas de substancia de la mejilla.

Sección ósea. La resección parcial del maxilar inferior, en los casos de anquilosis témporo-maxilar, fué practicada por Baroni en 1832, con el objeto de hacer posible la introducción de los alimentos. El método de Rizzoli avanzó más, aunque el mérito ha sido atribuido á Esmarch, quizá erróneamente, pues la memoria de

éste se publicó en 1859 y la de aquél había visto la luz pública en 1858.

Dice Follín:

«El método de Rizzoli comprende dos procedimientos: el procedimiento de Rizzoli y el de Esmarch.

«*Procedimiento de Rizzoli*. Separada la comisura labial de modo que sè pueda incindir la mucosa en el surco gíngivo-bucal, y puesto al descubierto el maxilar, Rizzoli desliza la rama no cortante del instrumento sobre la cara anterior del hueso, y le secciona de un solo golpe de delante atrás. La operación puede igualmente ser practicada, ya sea con una fuerte pinza de Liston, ya con la sierra de cadena.»

«*Procedimiento de Esmarch*. En vez de practicar una sección simple, Esmarch circunscribe entre dos porciones de la sierra una porción del hueso, el cual reseca. Las dos secciones son ordinariamente ver-

ticales; sin embargo, Bruns, Wagner y Heath, en lugar de quitar el segmento cuadrilátero, prefieren circunscribir un fragmento triangular de base inferior ó superior, á fin de prevenir la coaptación y la soldadura de los dos fragmentos.»

«Los resultados inmediatos de la operación no difieren, cualquiera que sea el procedimiento empleado; la reacción es moderada, hay poca tumefacción y dolor.»

«Los resultados definitivos deben ser examinados bajo el punto de vista funcional y bajo el punto de vista de la mortalidad.»

«Bajo el punto de vista del restablecimiento de los movimientos, la ventaja está en favor del procedimiento de Rizzoli: los fragmentos se reunen por un tejido fibro-mucoso, y no por tejido fibroso, de donde resulta que la recidiva es menos frecuente.»

Pero el número de muertos parece más considerable en el procedimiento de Rizzoli que en el de Esmarch.

El buen éxito depende de la precisión del diagnóstico, el cual es tan difícil como fácil la operación.

FORMULARIO

Re/.	Aconitina	0'03 centígs.
	Cerato simple	1'75 centígs.

M.

Para fricciones.

Foster Flagg.

Re/.	Estracto alcohólico de hojas de acónito	3 gramos
	Amoníaco	X gotas
	Enjundia	12 gramos

M.

Pomada.

Türubull.

Re/. Ioduro de potasio } aa . . 2 gramos
Tintura de opio . }
Vaselina . . . . 25 »

M. S. A.

Pomada para friccionar la región témporo-maxilar.

Re/. Ioduro de potasio. . . 2 gramos
Iodo . . . . 0'50 centigs.
Alcanfor . . . . 0'50 »
Enjundia . . . . 25 gramos

M. S. A.

Pomada para el mismo uso.

M. V.



Higiene de la boca.

La importancia de la *higiene de la boca,* bajo el punto de vista moral, estético y material, no pasa yà desapercibido ni aun para los individuos de poca cultura, y por lo mismo nos limitaremos sólo á breves consideraciones.

En el espejo espresivo del alma, que es el rostro, destaca principalmente la boca, la cual atrae ó repele según el estado de aseo y belleza ó de repugnante suciedad que revela el colmo de la indolencia. Exhibir los dientes negros y cubiertos de sarro y restos alimenticios, con millares de microbios en cada partícula convirtiendo la boca en un foco de infección y fetidez, debe considerarse como inmoral; pero una boca fresca y aseada, con los labios rojos; los dientes blancos y regulares y un aliento puro, inspira simpatías y con-

tribuye á multiplicar los goces de la existencia moral.

Bajo el punto de vista estético se desprenden las ventajas de una boca bonita y aseada y las desventajas que trae consigo su fealdad y abandono.

Atendiendo á la parte material, la *higiene de la boca* reviste mayor importancia, porque la irregularidad y la pérdida de los dientes, que el abandono trae consigo como consecuencia, después de impedir la perfecta pronunciación de la palabra, imposibilitan la buena masticación y entorpecen la digestión, provocando la dispepsia, la enteritis y otras afecciones que tienden á acortar la vida.

Si después de aseada la boca quedan todavía en ella millones de microbios, ¿qué sucederá á los que dejan transcurrir el tiempo sin cuidarse jamás de la higiene? Cada partícula alimenticia en estado de descomposición constituye un foco de

gérmenes infecciosos que el aire inspirado arrastra hácia las vias respiratorias y la saliva introduce en el estómago, lo cual es origen de afecciones múltiples. Durante las afecciones generales la higiene bucal debe observarse con más vigor, porque en gran número de ellas, las recaidas ó las complicaciones reconocen como origen los microbios que los enfermos han conservado en la boca, que constituye un terreno favorable para su reproducción. El *pneumococo* ó microbio de la pneumonía se halla particularmente en este caso. Anginas por pneumococos á menudo muy graves suceden frecuentemente á una pneumonía franca. La cariès dentaria que sigue á las fiebres graves, principalmente á la tifoidea, es la consecuencia de la falta de *higiene de la boca* durante la enfermedad y después de ella.

En tiempo de nuestros tatarabuelos era costumbre ofrecer, después de una comida

bien organizada, el *enjuague boca* á los convidados, el cual se componía de un elixir para desinfectar y aromatizar la boca. Hoy tenemos que lamentar la desaparición de tan higiénica costumbre, cuya utilidad las nuevas teorías microbianas nos demuestran. Pero tan sana y preventiva costumbre sigue aun generalizada entre las inglesas, las cuales usan el *enjuague boca* antes de acostarse, evitando así que las partículas alimenticias, no arrastradas antes por el cepillo, entren durante la noche en fermentación bajo la influencia de la saliva.

Si la *higiene de la boca* conserva la pureza del aliento, la belleza de las encías y de los dientes, y la integridad de las funciones digestivas, la necesidad de usarla con perseverancia se impone. Por la mañana, después de cada comida y por la noche se lavarán los dientes con jabón de Venecia legítimo por medio de un cepillo

suave, y se harán enjuagatorios de un elixir tónico, antiséptico y aromático, propiedades que reune el de nuestro buen amigo y compañero D. Pedro Díaz Hernandez (Formulario). Lo encomiamos con gusto por ser un verdadero específico contra la caries dentaria, la odontalgía, la gingivitis y otras afecciones de la boca.

Dinamarca, Inglaterra, Estados Unidos y otros países civilizados, demuestran prácticamente la mucha importancia que conceden á la *higiene de la boca.* En todas las escuelas públicas de Dinamarca existen carteles con instrucciones y consejos sobre la higiene dentaria. En Inglaterra se ha ordenado también, á propuesta de Mr. Frederic Constant, que en el local de cada escuela se fije un cartel ó mapa en el que esté representada la dentición humana, un cepillo de dientes y un palillo, con objeto de llamar la atención de los niños sobre la importancia de conservar la boca

en buen estado. En los Estados Unidos es práctica general en casi todas las escuelas públicas inspeccionar los dientes de los niños, además de la cara, manos y uñas. En la escuela naval y en la militar de West-Point, antes de admitir un alumno, es sometido á un reconocimiento médico y otro dentístico; el primero para juzgar la capacidad física, y el segundo, porque, como dice la disposición, «un oficial con dolor de muelas no puede prestar ningun servicio».

Es de lamentar que en España, Francia y otros paises civilizados no se observe tan plausible higiene con el mismo vigor, y no se presenciaría con tanta frecuencia el triste caso de caballeros educados y bien portados que exhiben, sin embargo, sus dientes negros y sarrosos.

La *higiene de la boca* se impone desde el nacimiento hasta la muerte. Y aun durante el embarazo puede ya la madre pre-

parar al hijo que lleva en su seno, una dentición rica en elementos necesarios para su formación, procurando someterse á una alimentación nutritiva que pueda enriquecer su sangre. Algunos niños, hijos de padres robustos y de buena dentadura, han nacido con algunos dientes, y entre ellos podemos citar á Luis XIV, á Mirabeau y otros.

Cuando la madre del niño es débil y está enferma, se recurre á una nodriza robusta y de buena dentadura, procurando que conserve siempre bien limpio el pecho, el cual se lavará, antes de la lactancia, con agua boricada al 2 por 100, y con algodón esterilizado envuelto en el índice y embebido en la misma solución, se lavará también la boca del niño. Si la lactancia es artificial se esterilizan los biberones de goma y los pomos con agua hirviendo que contenga un poco de carbonato de sosa; pues la falta de estas pres-

cripciones origina el muguet y otras afecciones que tienden á empobrecer el organismo del niño y son causa de que los dientes evolucionen con accidentes dolorosos y no adquieran buena consistencia. La erupción tardía de los dientes es síntoma alarmante de serios trastornos constitucionales; pero la erupción muy prematura, según Fonsagrives y otros autores, no es buen síntoma para la vitalidad general futura; porque anuncia siempre la sobrexcitación nerviosa y la predisposición á las convulsiones y á las afecciones cerebrales de todos órdenes.

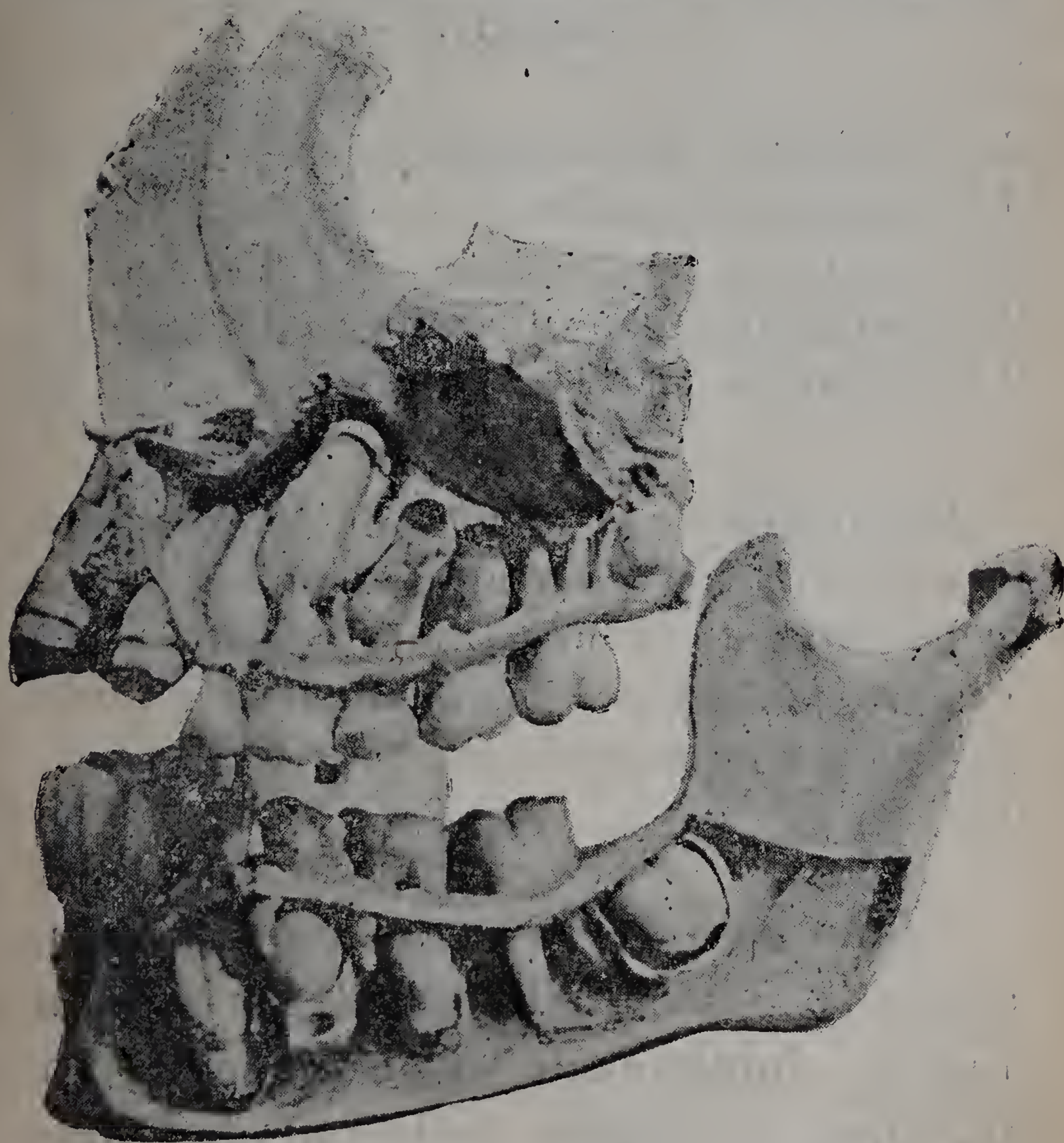
Si el niño es saludable, la evolución dentaria se verifica sin trastornos; pero si es enfermizo sucede lo contrario, y entonces son atribuidos á la dentición casi todos los accidentes que sobrevienen, patogenia acomodaticia cuya realidad no está demostrada. Cuando el tierno niño, mortificado por alguna afección orgánica ú otra

causa, está quejumbroso y llorón, pronto asume la responsabilidad la primera dentición, destinada á servir de blanco, donde repercuten los errores de diagnóstico en las afecciones generales de la infancia.

La fiebre y la diarrea suelen ser consecuencia de la primera dentición; porque la erupción laboriosa de los dientes produce irritación gingival, y de ésta provienen la inquietud, el insomnio, la sobrexcitación nerviosa y la pérdida del apetito, todo lo cual conduce á los fenómenos patológicos de las vías digestivas, á la debilidad constitucional y á la fiebre más ó menos intensa que expone á la meningitis.

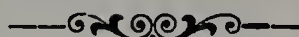
La erupción alternativa de los dientes no se verifica con una exactitud matemática; pues depende, como hemos dicho, del organismo más ó menos enriquecido de los elementos necesarios para la formación de sus tejidos; pero generalmente se verifica segun el esquema.

ESQUEMA DE LA PRIMERA DENTICIÓN.



(Figura 9.ª)

Dientes de leche, caducos ó temporales



Los incisivos medios	salen	á	los	6	meses	Intérvalo de 3 meses
Los incisivos laterales	»	»	»	9	»	
Los caninos	»	»	»	15	»	
Los primeros molares	»	»	»	12	»	
Los segundos molares	»	»	»	18	»	

Los dientes de la mandíbula inferior verican su erupción poco antes que los correspondientes de la mandíbula superior; pero en los incisivos laterales el orden se invierte, y aparecen los superiores antes que los inferiores.

Según se observa en el esquema que antecede, los maxilares del tierno niño nutren simultáneamente cincuenta y dos folículos, los cuales reclaman una gran actividad circulatoria y nerviosa que no puede suministrar un organismo empo-

brecido, y de ahí proviene la erupción laboriosa de los dientes.

Si el niño llora, se agita y tiene la mucosa gingival roja, inflamada y salpicada de pequeñas erosiones, se le administrará una cucharada de cocimiento de flores de tilo y se le harán en la mucosa gingival embrocaciones del colutorio que indica la fórmula A (Formulario).

Un niño que á los diez ó doce meses de edad no tiene todavía ningún diente, deja demostrada su debilidad constitucional ó una nutrición retardante, lo cual es frecuente en los hijos de artríticos. El aire puro del campo y una alimentación nutritiva y asimilable, como la leche materna, que es un verdadero calmante del sistema nervioso y atemperante de la fiebre, modificarán el estado general y remediarán el retardo de la dentición. Al mismo tiempo se administrarán al niño las preparaciones fosfatadas y fosforadas, las cua-

les previenen la aparición del raquitismo y la caries precoz de los dientes permanentes. La fórmnla B indica una preparación, de la que se administrará al niño media cucharadita al día; pero si es linfático, de herencia sifilítica ó escrófulo-tuberculosa, es preferible la preparación designada por la fórmula C.

Si la irritación de las encías se propaga á la mucosa bucal, con peligro de provocar anginas ó laringitis, se lavará con frecuencia la boca del niño con la preparación D.

El prurito gingival hace que el niño lleve con insistencia á la boca cuanto tiene en la mano, por el alivio que experimenta comprimiendo la parte irritada, y puede aprovecharse esa tendencia para conseguir que chupe una corteza de pan ó un pedazo de raiz de malvavisco, que obran como emolientes y adelgazan el borde de las encías, acelerando de este

modo el paso del diente. Al mismo tiempo se friccionará la parte irritada, con el colutorio de la fórmula E.; pero si la encia está muy tersa y resistente, se harán embrocaciones con el colutorio F.

Están contraindicadas las preparaciones cargadas de substancias narcóticas, lo mismo que los melitos y jarabes, los cuales producen con rapidez la fermentación láctea, que es la más propicia á la propagación de las colonias parasitarias.

Cuando la encia presenta la superficie prominente, dura y blanquecina, por la presión violenta que sufre del diente próximo á brotar, sólo entonces procede la incisión erucial para descongestionar la parte irritada y favorecer la salida del órgano; pero si se observa que éste se halla todavía á mucha profundidad y cubierto por una capa gruesa de tejido gingival, la incisión entonces está contraindicada, porque si como descongestiva alivia el do-

lor, hace por otro lado un efecto contraproducente, pues entorpece la erupción del diente, por la cicatrización que prontamente sobreviene, dejando el tejido gingival mas resistente que antes. Esta simple operación debe verificarse previa la antisepsia que el caso requiere para evitar la purulencia y sus graves consecuencias.

La suspensión de desenvolvimiento del maxilar, la irregularidad de los arcos alveolares y de los dientes, y otras anomalías tan perjudiciales al estómago, reconocen á menudo por causa el raquitismo.

La caries es muy frecuente en los dientes de leche; pero la extracción de estos sólo debe verificarse en casos de absoluta necesidad, porque su pérdida prematura es causa de irregularidades en los dientes permanentes.

La erupción de los dientes de reemplazo reclama mucha vigilancia. Se extraerán los dientes temporales muy próximos

á eliminarse, porque entorpecen la salida á los permanentes, obligándolos á desviarse. Algunas veces las raices de los dientes temporales quedan aprisionadas entre dos permanentes, y en este caso deben extraerse inmediatamente para evitar la producción de fungosidades gingivales. En esta época se pueden prevenir y corregir muchas anomalías importantes del sistema dentario.

Los primeros molares mayores son también muy propensos á la caries, y algunos optan por su extracción para facilitar la erupción de los cordales; pero no hay razón para ello si una necesidad imperiosa no se impone. La erupción de los cordales inferiores suele provocar accidentes penosos y graves por la falta de espacio de que disponen casi siempre entre los penúltimos molares y la rama ascendente del maxilar. Cuando los cordales encuentran gran resistencia en el tejido gingival, in-

flamándose éste y amenazando provocar algun absceso, debe practicarse una incisión erucial, acuñando, debajo los bordes de la cisura, un algodón saturado de alguna substancia antiséptica, con lo cual se consigue separarlos y evitar que vuelvan á reunirse para cicatrizar.

Los dientes permanentes, lo mismo que los temporales, no verifican su erupción en una edad precisa, pues depende del estado del organismo; pero generalmente la verifican en el órden que expresa el cuadro de la figura 10.

ESQUEMA DE LA SEGUNDA DENTICIÓN.



(Figura 10.ª)

Dientes permanentes.

Los incisivos medios	salen	á	los	8	años	Intérvalo de 1 año
Los incisivos laterales	»	»	»	9	»	
Los caninos	»	»	»	12	»	
Los primeros molares menores	»	»	»	10	»	
Los segundos molares menores	»	»	»	11	»	
Los primeros molares mayores	»	»	»	6	»	Intérvalo de 7 años
Los segundos molares mayores	»	»	»	13	»	
Los terceros molares mayores ó cordales	»	»	»	20	»	

La erupción de los dientes permanentes se verifica, como en los temporales, empezando por los inferiores; esceptúanse los incisivos laterales, en los que el orden se invierte.

Cuando la saliva del individuo es de reacción ácida, se emplean los alcalinos

para la neutralización de los ácidos, que son los que corroen el esmalte produciendo la caries. Para conocer la acidez de los líquidos bucales, se empapa con estos un papel de tornasol, el cual se vuelve rojo cuando la saliva es ácida, ó no altera su color en caso contrario. Los alcalinos recomendados para la neutralización de los ácidos son: el bicarbonato, salicilato, borato y fenato de sosa.

Los cambios bruscos de temperatura por medio de líquidos fríos ó calientes, y los traumatismos, provocan la periodontitis, la pulpitis, la caries y otras afecciones. Los mercuriales, el hierro y el azufre, son substancias muy nocivas á los dientes y á la mucosa bucal, y cuando están indicadas para combatir alguna efección general, deben administrarse en sellos ó cápsulas para que pasen al estómago sin ponerse en contacto con la boca.

Los depósitos tártricos que cubren el

cuello de los dientes, separan de este el margen de las encias, irritándolas y provocando la gingivitis, la periodontitis, la estomatitis y otras afecciones.

Es preferible prevenir los males que esperarlos para combatir sus efectos. Cuando se solicitan oportunamente los auxilios del Cirujano Dentista, se evitan ciertos dolores, la pérdida de algunos dientes y las consecüencias de ciertas afecciones graves que la indolencia origina en la boca, y cuya indolencia sólo el dolor se encarga de sacudir cuando es ya tarde; pues la caries en su primero y segundo período es poco sensible y suele tolerarse, dejando para *luego* el remedio que debió aplicarse antes; pero sobreviene la pulpitis, en que generalmente la pérdida del órgano central es inevitable, y sólo entonces el paciente despierta á la realidad arrepentido de su anterior abandono, aunque esto no es óbice para que vuelva á incurrir en él, lo cual es causa de que

las obturaciones què se le practican, ofrezcan menos garantía, por tratarse de dientes sin pulpa. Cumple al Cirujano Dentista hacer á sus clientes estas previsoras observaciones.

Los preceptos higiénicos son indispensables lo mismo al niño que al adulto y al anciano; pero especialmente á éste que, por su avanzada edad, tiene el organismo debilitado y es más propenso á las aftas, al muguet y á las escoriaciones y úlceras de la mucosa bucal.

Cuando el anciano ha perdido sus dientes, debe, sin pérdida de tiempo, substituirlos por los artificiales, con lo cual conseguirá prolongar su vida, porque una masticación defectuosa, como no se ignora, trae por consecuencia en el aparato digestivo, afecciones más ó menos graves, que son de difícil curación en el anciano. Así vemos con mucha frecuencia que la dispepsia, la gastritis, la gastro-enteritis y

otras afecciones consecutivas, son las que más comunmente acompañan al anciano hasta el sepulcro.

La boca es la puerta principal por donde entran la vida y la muerte: por ella penetran los elementos necesarios para el desarrollo y la conservación de nuestro organismo, y por ella principalmente penetran tambien los agentes exteriores nocivos á nuestra salud y enemigos encarnizados de nuestra vida. ¿No se deduce de ahí la gran importancia que merece y la escrupulosa vigilancia que requiere? Mantenerla limpia y desinfectada es evitar que nuestros enemigos microscópicos sean arrastrados á las vías respiratorias, á las digestivas y al torrente circulatorio, formando inmensas colonias que se depositan en un órgano dado, donde comienzan su proceso de destrucción, que la mayor parte de las veces conduce al individuo á la muerte, pasando casi

siempre desapercibido el verdadero origen de tan funesto suceso.

Nosotros, que hemos tenido constante ocasión de observar en Cuba y en España el deplorable abandono en que los padres tienen los dientes de sus niños, bajo el pretexto de que *los han de mudar*, lamentamos mucho que, á imitación de Dinamarca, Inglaterra y otros paises, la *higiene de la boca* no se haga obligatoria en nuestras escuelas públicas para que el hombre, desde su niñez, reconociera la gran importancia que aquella merece.

El Cirujano Dentista, despues de poner al alcance de sus pacientes, las graves consecuencias que acarrea la falta de *higiene de la boca,* recomendará el elíxir, opiata ó polvos que correspondan á las exigencias de cada caso.

FORMULARIO

A

Re/. Glicerina neutra . . . 10 gramos
Tintura de coca. . . . 5 »
Biborato sódico. . . . 1 gramo
Clorato potásico . . . 0'30 centígs.

M. S. A.

Colutorio para embrocaciones en la mucosa gingival irritada de los niños durante la primera dentición.

Laudon.

B

Re/.

Aceite de hígado de bacalao. 100 gramos
Fósforo . . . . 0'01 centíg.
Esencia de menta . . . . IV gotas
Sacarina . . . . 0'05 centígs.

M. S. A.

Poción de la que se administrará al niño, durante la primera dentición, media cucharadita diaria en los casos de nutrición retardante ó debilidad constitucional.

X.

C

Re/.	Manteca fresca	100 gramos
	Ioduro cálcico	0'05 centígs.
	Bromuro cálcico . . .	0'01 centíg.
	Cloruro sódico	0'50 centígs.
	Fosfato potásico . . .	0'05 »

M. S. A.

Poción de la que se administrará al niño, en la primera dentición retardante, media cucharadita diaria en los casos de herencia sifilítica ó escrófulo-tuberculosa.

X.

D

Re/.	Alcoholato de romero . ⎫	
	» » coclearia ⎬ aa.	2 gramos
	» » quina. . ⎭	
	Glicerina	10 »
	Agua boricada	100 »

M. S. A.

Colutorio para lavar con frecuencia la boca de los niños cuando la irritación amenaza invadir toda la mucosa y la laringe.

M. V.

E

Re/. Glicerina pura . . . . 10 gramos
Tintura de belladona . 5 »
Estracto de azafrán . . 0'50 centígs.

M. S. A.

Colutorio para friccionar las encías y calmar su prurito.

X.

F

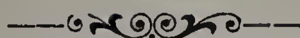
Re/. Clorato de potasa . . . 2 gramos
Tintura de vainilla . . 5 »
Hidrato de cloral . . . 0'50 centígs.
Glicerina . . . . 25 gramos

M. S. A.

Colutorio para el mismo uso cuando la encía está muy tersa y resistente.

M. V.

Elíxires dentríficos.



Re/. Tintura de quina . .		
» » guayacan.	aa .	5 gramos
» » coclearia .		
» » eucaliptus		
Timol		1 gramo
Mentol		2 gramos
Salol.		3 »
Glicerina neutra		24 »
Alcohol de 40°		350 »
Agua bórica		600 »
Esencia de canela		X gotas
» » anís verde	aa .	XX »
» » Walteria .		

Mz.

Si se quiere, puede colorearse de antemano el alcohol con un poco de cochinilla, ó carmín.

Verdadero específico contra la caries dentaria, odontalgias, gingivitis, mal aliento y demás afecciones de la boca.

Pedro Díaz Hernandez.



Re/. Fenol . . . . 1 gramo
Acido bòrico . . . . . 25 gramos
Timol . . . . 0'50 centigs.
Esencia de menta . . XX gotas
Tintura de anís . . . 10 gramos
Agua . . . . 1000 »
M.

Se usa un poco en una copa de agua para lavar la boca.

Dujardin Beaumetz.

Re/. Alcoholato de romero . . 30 gramos
Tintura de vainilla . . . 30 »
» » eucaliptus . . 30 »
» » tomillo . . . 20 »
Acido bórico. . . . . . 10 »
Esencia de clavo . . . . 4 »
Carmin . . . . 3 »
M.

Monin.

Re/. Tintura de vainilla } aa . . 15 gramos
» » pelitre. }
Alcoholato de romero . . 30 »
» » rosas. . . 20 »
» » menta . . 10 »
Tintura de cochinilla. . . C. S.
M. S. A.

Combe.

Re/.	Anís verde	64	gramos
	Canela	16	»
	Clavo	1	gramo
	Pelitre	4	gramos
	Cochinilla	5	»
	Cremor tártaro.	5	»
	Benjuí.	2	»
	Esencia de menta	4	»
	Alcohol á 80°	2200	»

M.

Codex.

Re/.	Canela	5	gramos
	Vainilla . . / Cilantro . . / Clavillo. . . / Macias . . . / Cochinilla. . / Sal amoniaco } aa	4	»
	Alcoholato de pelitre. . .	875	»

Macérese durante quince días y añádase:

Esencia de anís . / » » limón } aa. . .	1	gramo
» » espliego. . / » » tomillo . . / Tintura de ámbar gris. } aa.	45	gramos
Agua de azahar.	16	»

M. y fíltrese.

Se usa una cucharadita en un vaso de agua para enjuagarse la boca.

Chernoviz.

Re/.

Tintura de canela.	200 gramos
» » anís estrellado . .	150 »
» » guayaco.	150 »
» » clavillo	50 »
Alcoholato vulnerario . . } aa .	75 »
» de melisa compuesto . . }	
Esencia de menta.	6 »
» » bergamota	1 gramo

M.

Buena receta

Para el mismo uso.

Mehu.

Re/.

Acido fénico	0'25 centigs.
Timol	0'50 »
Borato de sosa	0'50 »
Clorato de potasa . . .	10 gramos
Tintura de mirra . . .	6 »
Glicerina	20 »
Esencia de anís. . } aa .	XX gotas
» » geranio }	
Carmín	C. S.
Agua destilada de hinojo	200 gramos

M. S. A.

Se usa una cucharadita en una copa de agua.

M. V.

Re/.

Tintura de guayaco » » catecú . » » vainilla » » pelitre .	aa. . .	5 gramos
Timol		0'50 centígs.
Alcoholato de coclearia » » espliego . » » menta .	aa .	60 gramos
Esencia de anis . » » rosas	aa	XV gotas
Carmín.		C. S.

M. S. A.

Se usa una cucharadita en una copa de agua.

M. V.

Polvos dentífricos.

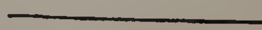


Re/.

Carbonato de cal en polvo / » » magnesia	aa.	50 gramos	
Quina. / Canela	aa	25	»
Azúcar blanco		50	»
Salol . . . . . / Clorato de potasa	aa	10	»
Carmín n.º 4.		1 gramo	
Esencia de rosas		X gotas	
» » menta.		XV	»

M. S. A.

Pedro Díaz Hernandez.



Re/.

Magnesia . . . / Creta precipitada	aa. . . .	20 gramos	
Talco de Venecia / Cremor tártaro .	aa. . . .	10	»
Salol . . . / Acido bórico	aa	4	»
Esencia de menta		C. S.	

Mz. y pásese por un tamiz fino.

G. Viau.

Re/. Carbón vegetal	120	gramos
Quina	60	»
Azúcar	120	»
Esencia de menta	8	»
» » canela	4	»
Tintura de ámbar gris . .	1	gramo

M.

Maury.

Re/. Jibia en polvo.	80	gramos
Greda	20	»
Bicarbonato de sosa. . .	5	»
Lirio de Florencia. . . .	2	»
Tintura de ámbar gris . .	X	gotas

M.

Lallement.

Re/.

Quina en polvo	20	gramos
Alcanfor » »	10	»
Canela » »	6	»
Greda blanca.	25	»
Aceite esencial de clavo de especia	V	gotas

Mz. y H. S. A.

Conviene en la relajación de las encías.

M. V.

Re/. Carbonato de cal }
Greda. . . . . } aa. . . 15 gramos
Carbón vegetal . . . . . . 20 »
Azúcar blanco . . . . . . 50 »
Canela . . . . 10 »
Esencia de menta . . . . 1 gramo

Mz. y H. S. A.

M. V.

Re/. Carbón vegetal . . . . . 10 gramos
Magnesia . . . }
Carbonato de cal } aa. . . 25 »
Azúcar de leche . }
Crémor tártaro . . . . . . 5 »
Esencia de menta . . . . XX gotas.

Mz. y H. S. A.

M. V.



Jabones dentífricos.



Re/.

Jabón de magnesia		10 gramos
Carbonato de cal precipitada		9 »
Esencia de rosas. . . .	aa.	X gotas
» » menta inglesa		
» » espliego		1 gramo
Carmín.		0'10 centígs.

M.

Magitot.

Re/. Carbonato de magnesia	aa.	30 gramos
» » cal . . .		
Cloral porfirizado		60 »
Miel rosada		150 »
Esencia de menta		2 »

Mz. y H. S. A.

M. V.

Re/. Jabón de Castilla	25 gramos
Manteca de cacao	10 »
Talco de Venecia	100 »
Glicerina	20 »
Esencia de rosas	2 »

Mz. y H. S. A.

M. V.



Opiatas dentífricas.



Re/.	Magnesia calcinada . .	10 gramos
	Azúcar de leche . . .	10 »
	Bicarbonato de sosa. .	10 »
	Laca encarnada . . .	0'50 centígs.
	Saponina	0'50 »
	Clorhidrato de quinina .	0'10 »
	Esencia de rosas . . .	X gotas
	Glicerina á 30°	C. S.

P. Poinsot.

Re/.	Cloral porfirizado . . .	150 gramos
	Cremor tártaro	30 »
	Jibia pulverizada . . .	20 »
	Cochinilla	0'30 centígs.
	Miel	160 gramos

M.

Desforges.

Re/.	Cremor tártaro	15 gramos
	Jibia	20 »
	Azúcar de leche	25 »
	Laca encarnada.	10 »
	Esencia de menta	XX gotas
	Glicerina neutra	C. S.

Mz. y H. S. A.

M. V.



ÍNDICE ALFABÉTICO.



PÁGINAS.


FIN

FÉ DE ERRATAS

Al principio de cada fórmula, donde dice *Re/.* léase R/. En las páginas 17, 27, 28, 34, 38, 48 y 90, donde dice *caclunde* léase cachunde.

Página	Línea	Dice	Debe decir
20	20	*ferrato*	fenato
50	3	*Artitis*	Artritis
50	4	*astro*	artro
70	9	*Reob*	Rob
107	9	*efúficis*	epíficis
108	16	*almendras*	ahumadas
114	1	*fosciculado*	fasciculado
118	13	*subrir*	subir
128	5	*túnico*	tímico
130	14	*deccoción*	decocción
135	3	*fácilme*	facilmente
148	7	*quedoso*	gredoso
149	3	*los*	las
154	9	*ó*	y
168	5	*diastara*	diastasa
170	6	*túnico*	tímico
171	18	*úlceras*	células
172	17	*excreción*	secreción
204	10	*imitante*	irritante
205	2	*nutales*	metales
216	8	*ferrato*	fenato
220	4	*alce*	abre
236	10	*deccoción*	decocción
240	9	*último*	íntimo
253	16	*lencocitos*	leucocitos
263	17	*deccoción*	decocción
279	7	*orgárico*	agárico
317	17	*microbiciados*	microbicidas
379	12	*cloral*	coral
380	10	*id.*	id.



Véndese, esta obra, en todas las poblaciones de la Isla de Cuba y España.